

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

369

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 29 juillet 1892, à 1 heure

PAR

KLEFSTAD-SILLONVILLE

Né à Melhus (Norvège), le 19 Février 1851

KYSTES CHYLEUX DU MÉSENTÈRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. } MARC SÉE, professeur.
JALAGUIER et RICARD, agrégés.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

de la

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

PARIS

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

369

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 29 juillet 1892, à 1 heure

PAR

KLEFSTAD-SILLONVILLE

Né à Melhus (Norvège), le 19 Février 1851

KYSTES CHYLEUX DU MÉSENTÈRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { MARC SÉE, professeur,
JALAGUIER et RICARD, agrégés.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

de la

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE,

PARIS

—
1892

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TILLAX.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	{ G. S. E.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.	{ VERNEUIL.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM. BALLET.	MM. FAUCONNIER.	MM. NÉLATON.	MM. RIBEMONT-
BAR.	GILBERT.	NETTER.	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS.	POIRIER, chef	RICARD.
BRISAUD.	HANOT.	des travaux	ROBIN (Albert
BRUN.	HUTINEL.	anatomiques	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
CHANTEMES-	KIRMISSON.	QUINQUAUD	TUFFIER.
SE.	LETULLE.	REITTERER.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD	MARIE.	REYNIER.	WEISS.
DEJERINE.	MAYGRIER.		

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TILLAUX

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
Officier de la Légion d'Honneur

KYSTES CHYLEUX DU MÉSENTÈRE

INTRODUCTION

Pendant le cours de nos études à l'hôpital Beaujon, nous avons eu la bonne fortune d'assister à une opération faite par M. le Dr Tuffier, dans le service du Dr Th. Auger pour un kyste chyleux du mésentère.

Ce maître distingué nous a donné l'idée de faire à ce propos dans la littérature médicale française et étrangère quelques recherches dans le but de réunir et de grouper les observations se rapportant à cette affection.

Nous avons pu rapidement nous convaincre que les kystes du mésentère constituent une affection relativement commune et qui a été observée un peu partout.

La France, l'Allemagne, l'Angleterre, l'Italie, la Russie, la Hollande, les États-Unis, etc., peuvent nous fournir à l'heure actuelle plus de cent cas de tumeurs du mésentère.

D'ailleurs dès 1886, Augagneur mentionnait dans son excellente thèse d'agrégation, environ 90 cas. Il n'y a rien d'étonnant à ce que la science puisse aujourd'hui en enregistrer plus de cent.

Cette abondance de documents sur les tumeurs du mésentère

nous a même engagé à nous limiter et à consacrer nos soins à l'étude approfondie d'une des variétés observées : nous voulons parler des kystes chyleux.

Nous nous sommes arrêté, après réflexion, au plan suivant qui nous permettra croyons nous d'être complet.

Dans un premier chapitre, nous passerons en revue les documents que nous fournit la littérature médicale à propos des kystes chyleux.

Ce sera la partie historique de notre travail.

Dans un second chapitre, nous essaierons de donner une définition et nous la ferons suivre d'une énumération des cas connus.

Notre troisième chapitre sera consacré à l'étude anatomopathologique, symptomatique et diagnostique du kyste chyleux. Nous consacrerons quelques pages à la pathogénie et à l'étiologie de l'affection.

Le traitement complétera notre travail.

Notre connaissance des principales langues européennes nous a permis de faire de sérieuses recherches dans tous les pays où la chirurgie abdominale est au courant des progrès de la science. Nous avons la satisfaction de pouvoir dire que notre Index bibliographique peut être considéré comme complet et exact.

Il nous reste avant de commencer ce travail, un devoir bien agréable à remplir, celui d'apporter notre faible tribut de reconnaissance aux maîtres éminents à qui nous devons le meilleur de nous-même.

Que M. le Dr Tuffier veuille bien agréer nos remerciements particulièrement sincères. A lui, nous sommes redevables, de notre sujet de thèse et de la belle observation qui constitue la partie la plus importante de notre travail. Nous ajou-

terons que nous lui sommes mille fois reconnaissant de l'accueil si bienveillant qu'il a bien voulu nous faire à Beaujon et aussi de l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner en mainte circonstance.

M. le D^r Léon Labbé a été pour nous un maître éclairé en chirurgie. Nous avons eu l'honneur d'être son externe et nous croyons pouvoir dire que nous avons su profiter de son enseignement. Notre dette vis-à-vis de lui est une de celles dont on ne s'acquitte jamais.

Que M. le D^r Ed. Labbé, notre maître à l'hôtel-Dieu, veuille bien agréer l'hommage de notre gratitude. Nous avons éprouvé à divers reprises les effets de son inépuisable bonté.

C'est avec une bien douce émotion que nous nous tournons maintenant vers M. le D^r Ricard, en le priant de nous croire son bien obligé et bien reconnaissant élève. Il a été notre maître en anatomie, et son soutien ne nous a jamais fait défaut au cours de nos études médicales. C'est lui qui a bien voulu nous guider dans nos recherches, et nous faire profiter de sa haute science.

M. le D^r Demoulin nous a donné tant de preuves de son amitié et de son dévouement, que nous craignons de ne pouvoir lui exprimer d'une façon assez vive, nos sentiments de gratitude.

Qu'il nous soit permis de présenter ici nos remerciements les plus sincères à M. le professeur Tillaux, pour l'insigne honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Un souvenir bien ému et une gratitude bien profonde aux maîtres qui ont bien voulu nous prodiguer leurs conseils dans nos études. Que MM. Th. Anger, Benjamin Anger, Bar,

Barié, Gombault, Lermoyer, Millard, Michaux veulent bien accepter en cette circonstance l'hommage de notre respectueux dévouement.

Nous devons encore l'expression de notre reconnaissance à MM. les professeurs Mendes de Léon d'Amsterdam, Fenomenoff de Kazan, Trombetta de Messine, Axel Iversen de Copenhague, Björken d'Upsal, qui, avec une libéralité bien digne de leur haute réputation scientifique, se sont mis à notre disposition pour la communication de leurs notes et de leurs divers ouvrages.

CHAPITRE I.

Coup d'œil général sur les tumeurs du mésentère.

HISTORIQUE.

La connaissance précise des tumeurs du mésentère est une des nombreuses conquêtes de la chirurgie moderne. Longtemps l'ombre la plus complète régna sur la question et on éprouve beaucoup de difficultés à comprendre le sens des observations de tumeurs du mésentère rapportées par les anciens auteurs tels que Benivieni, Horstius, Tulpius, Ballonius, et plus près de nous par Bonnet et Ruyrh.

Avant le XI^e siècle rien n'a paru qui soit de nature à nous éclairer, et à nous renseigner sur une localisation possible entre les deux feuillets et de la séreuse, d'une production pathologique quelconque. Tout ce qui fait grossir le ventre est mis sur le compte d'une grossesse plus ou moins pathologique.

Ce n'est qu'incidemment et de la façon la plus obscure, qu'on nous sert de temps en temps, des trouvailles d'autopsies, sans qu'on ajoute la moindre indication des phénomènes pathologiques produits durant la vie par l'évolution de la tumeur.

Nous trouvons dans Lieutaud (*Historia anatomia medica* 1767) l'exposé laconique d'une observation empruntée à Horstius :

« Une jeune femme, un an après son mariage, commença
« à souffrir au bas ventre, de douleurs si violentes, qu'il s'en
« suivait de fréquentes lipothymies. Le ventre pendant ce
« temps, s'élevait peu à peu, se tuméfiait, les douleurs per-
« sistant. Puis, alors qu'elle semblait améliorée par divers
« traitements, elle prit brusquement des crises épileptiques et
« mourut le même jour. A l'ouverture du cadavre, on trouva
« le mésentère plein d'hydatides, leur masse surpassant la
« tête d'un enfant, les plus petites atteignant le volume d'un
« œuf de poule. »

Franck, dans son traité de médecine pratique, relate un fait emprunté à Tulpius :

« La fille d'un pharmacien hollandais mourut dans un état
« d'anasarque. A l'ouverture du cadavre, on trouva dans le
« mésentère une tumeur énorme, du poids de 20 livres,
« remplie d'hydatides. L'accroissement de cette tumeur s'était
« faite si lentement, qu'on avait soupçonné la grossesse, mais
« lorsque le terme de la gestation fut passé la malade parut
« manifestement hydropique. »

On s'en tenait avec ces maigres connaissances à des idées spéculatives parfaitement fausses et à des théories plus ou moins risquées, lorsqu'en 1622, Aselli décrivit les chylières et les ganglions auxquels ils se rendent. Cette grande découverte eut un énorme retentissement et devint le point de départ d'une série de travaux qui eurent pour conséquence de limiter peu à peu toutes les maladies du mésentère dans les altérations des vaisseaux et ganglions lymphatiques qui s'y trouvent en si grand nombre. Ce sont d'ailleurs là les idées qui sont le plus couramment admises dans l'état actuel de la science.

Trois années après, Mathéus Martini de Halle, dans un livre intitulé : « De morbis mésentèrii obstrusionibus in scholis medicorum hactenus prætermisiss » expose ses idées sur la question. Il montre toute l'importance qu'il attache à l'oblitération des vaisseaux lactés découverts par Aselli.

Baillou (Genève 1672, opéra omnia, consil. medic), sans faire partir des vaisseaux blancs les tumeurs de la région, insiste sur les troubles que ces productions pathologiques apportent au cours de la lymphe.

Sydenham (opéra omnia. Genève 1723) mentionne des tumeurs mésentériques chez les enfants.

Haller en 1740 cite quelques observations de lésions mésentériques et ajoute :

« Sur les cadavres de ces sujets, on trouve ordinairement
« un squirrhe des glandes mésentériques, qui par l'accumu-
« lation de la lymphe, en retarde le cours de telle sorte, que
« les canaux se brisent sous sa pression incessante, d'où la
« pire espèce d'ascite.

Jusqu'ici la clinique n'a profité en rien de la découverte d'Aselli. Il en est découlé certaines vues, par trop exagérées sur le rôle des vaisseaux chylifères et des ganglions mésentériques, mais le chaos le plus complet n'en règne pas moins dans ce chapitre de pathologie.

Il faut arriver à Morgagni pour voir une méthode d'observation vraiment sérieuse se substituer aux procédés d'études suivis jusqu'alors.

L'illustre médecin italien est le premier à signaler la généralisation aux ganglions mésentériques de tumeurs des organes voisins. Il montre encore l'énorme développement que peuvent prendre les néoformations qui ont pris naissance en-

tre les deux feuillets de la séreuse ; il nous les fait voir dans leur marche progressive, refoulant les intestins, les écartant et venant se mettre en rapport avec la paroi abdominale antérieure.

Il ne faut pas s'attendre à trouver dans les écrits de Morgagni des descriptions anatomo-pathologiques impeccables. L'état de cette science à son époque (1740) ne le lui permet pas, mais les résultats qu'il a obtenus sont considérables, surtout si on se rapporte à ses devanciers et aussi à ses continuateurs.

Lieutaud qui publie ses observations en 1767, semble n'avoir tiré aucun profit des enseignements de Morgagni. Il n'a pas su s'élever à la hauteur suffisante pour tirer ses conclusions des nombreuses trouvailles d'amphithéâtre dont il nous sert la nomenclature.

Sauvages ne tarde d'ailleurs pas à créer un nouveau courant qui va avoir une influence déplorable sur la pathologie de la région et va longtemps faire piétiner la science.

Les lésions ganglionnaires strumeuses sont d'après lui, les seules grandes coupables. Tout pivote autour d'elles : toutes les tumeurs mésentériques leur sont imputables, et il les confond toutes avec le carreau, qu'il appelle *Physconia mésentérica*.

Aussi ne doit on pas trop s'étonner, de voir Bosquillon attribuer à la *Physconie* quinze causes différentes : « Elle est « due : a) aux hydatiques ; b) aux tumeurs écrouelleuses ; c) aux « squirrhes ; d) aux sarcomes ; e) aux stéatomes ; f) aux tu- « meurs fongueuses qui affectent les glandes mésentériques. »

A Baumes revient le mérite d'avoir en 1787, isolé nettement une des formes morbides atteignant le mésentère : la tu-

berculose ganglionnaire des enfants. Il faut attendre l'apparition du livre de Portal (Cours d'anatomie médicale. Paris an XII. (1803)) pour trouver une classification des tumeurs squirrheuses, steatomateuses, pierreuses, cancéreuses et hydatiques.

Il indique nettement les principaux caractères cliniques leur appartenant et insiste sur la difficulté du diagnostic.

Ce fut là un effort scientifique isolé. La parole de Portal ne porta pas tous les fruits qu'elle eut mérité de produire. La question n'intéressa bientôt plus personne, et le carreau lui-même perdit de sa vogue. Le mésentère et sa pathologie furent peu à peu délaissés.

Valleix, dans son guide du médecin praticien, se borne à dire que les affections du mésentère sont très rares en tant que maladies primitives. Quant aux auteurs classiques, tels que Grisolle, Behieret Hardy, Niemeyer, Jaccoud, Trousseau, Bouillaud, etc, ils n'en font même pas mention.

Cruveilhier en 1831, Rokitansky en 1842, font mention, le premier d'un kyste dermoïde, et le second de kystes chyleux.

Ziegler et Orth, dans leur traité d'anatomie pathologique, citent comme une rareté l'existence de kystes du mésentère.

Il nous faut parcourir avec soin les bulletins de la société anatomique, pour y découvrir de loin en loin, les quelques cas trouvés dans les nécropsies.

Il nous faut attendre la nouvelle ère chirurgicale, pour voir la question entrer dans une phase nouvelle.

On se met brusquement à ouvrir les ventres en toute sécurité et la laparotomie pratiquée fréquemment, permet de découvrir à diverses reprises une tumeur du mésentère alors qu'on soupçonnait l'existence d'un kyste de l'ovaire.

Spencer Wells s'est trouvé plusieurs fois dans ce cas, et il n'hésite pourtant pas à dire que les tumeurs mésentériques sont rares.

Péan leur consacre un chapitre dans le 1^{re} vol. de son traité des tumeurs abdominales. Il les considère comme relativement fréquentes, puisque sur 300 laparotomies il a pu relever trois kystes du mésentère.

En 1881, Tillaux et Millard font connaître une observation des plus intéressantes de kyste chyleux du mésentère.

Werth fait paraître en Allemagne, dans le courant de la même année une observation à propos d'un kyste de même nature. 1884 nous fait assister à l'apparition du premier travail de longue haleine sur les kystes du mésentère. Collet leur consacre une thèse inspirée par son maître le P^r Tillaux. Ce travail des plus consciencieux et des mieux faits, expose l'état de la question et la met au point.

Deux années plus tard, M. Terrillon, à l'occasion d'un fait de sa pratique, réunissait dans les archives générales de médecine tous les cas de lipomes observés dans le mésentère.

En 1886 la question paraissait suffisamment importante à Augagneur, pour mériter les honneurs d'un travail d'ensemble.

Sa thèse d'agrégation constitue l'ouvrage le plus complet qui ait été publié sur le sujet. Il y traite des tumeurs du mésentère en général, mais ne fait point entrer dans sa classification les kystes chyleux.

Hahn a fait en 1887 une étude importante des tumeurs kystiques du mésentère, dans le Berliner Klin. Woch.

C'est encore en 1887 que Bramman a fait paraître son mémoire magistral sur les kystes chyleux de cette séreuse, dans les archives de Langenbeck.

Depuis cette époque, Coppens, Duret, Terrillon et Tuffier en France; Lohlein et Gusserow en Allemagne; Obolinski et Rubeska en Autriche; Lawson Tait, Roberson, Rasch et Spencer Wells, en Angleterre; Fenomenoff en Russie; Solman en Pologne; Carson en Amérique; Cimbali, Trombetta et Rochi en Italie; Mendes de Leon en Hollande, ont écrit sur les kystes du mésentère des pages du plus haut intérêt.

Nous devons accorder une mention spéciale aux deux thèses si intéressantes de MM. Delmez et Arékion soutenues l'année dernière devant la faculté de Paris.

On peut y constater toute l'importance que la question a prise dans ces dernières années. Tandis qu'Augagneur englobait dans son travail toutes les tumeurs de la séreuse, MM. Delmez et Arékion ont senti la nécessité d'une monographie spéciale pour les kystes, en raison de l'importance et du nombre des observations qui leur sont consacrées. On peut s'en convaincre aisément en jetant un coup d'œil sur l'index bibliographique de leurs thèses.

M. Quénu vient enfin, en des pages trop courtes mais parfaitement substantielles, de traiter la question dans le grand traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

Nous croyons pour notre part, que le moment est venu de faire une étude spéciale de l'une des variétés de ces kystes.

Notre travail est basé sur 18 observations de productions kystiques chyleuses, avec intervention chirurgicale. 10 autres observations mentionnent des cas trouvés à l'autopsie.

Cette fréquence des kystes chyleux avait été déjà prévue par Hahn dans son article du *Berl. Klin. Woch.*

CHAPITRE II.

Définition.

On a reconnu dans le cours de ces dernières années que fréquemment des productions pathologiques se localisaient dans le mésentère.

Ces néoformations fort différentes entre elles ont été l'objet d'une classification magistralement exposée dans la thèse d'Augagneur. Mais ce travail présente une lacune. On n'y trouve point mentionnés les kystes chyleux du mésentère. Ce qu'il décrit comme lymphangiomes n'est autre chose que des kystes chyleux.

Le même reproche peut-être adressé à Collet dont le travail est antérieur à celui d'Augagneur. Il classe les kystes mésentériques, suivant leur contenu mais laisse de côté les kystes chyleux, pour les désigner sous le nom de kystes ganglionnaires.

D'après nos recherches les kystes chyleux doivent dès maintenant occuper une place prépondérante dans la pathologie du mésentère.

Nous les définirons : *des productions kystiques, dont la structure de la paroi révèle l'origine lymphatique, et dont le contenu absolument caractéristique consiste en un liquide rappelant en tous points le chyle.*

On constate en ce moment dans la science, l'existence d'un mouvement d'opinion qui aurait encore pour conséquence

d'élargir le domaine des kystes chyleux. Il est en effet fort probable que les kystes séreux du mésentère ont été primitivement chyleux, et que la nouvelle apparence de leur contenu relève de transformations successives, et que nous ne pouvons indiquer.

Nous donnons immédiatement l'observation de M. le Dr Tuffier de façon à permettre au lecteur de se faire une idée à peu près complète et résumée de la question que nous allons traiter.

OBSERVATION I. (Tuffier) *Kyste chyleux du mésentère chez un homme de 48 ans. — Laparatomie. — Extirpation complète du kyste. — Guérison.*

Mes... L. A., âgé de 48 ans. Concierge, entré le 1^{er} décembre 1891, salle Cosselin, lit n° 23, hôpital Beaujon.

C'est un homme de taille moyenne, assez maigre mais bien musclé et n'ayant aucune apparence cachectique. Des douleurs provoquées par une tumeur abdominale l'ont conduit à entrer à l'hôpital dans le service de M. Fernet qui nous l'a adressé.

Rien dans ses antécédents n'est digne d'intérêt, ses parents n'ont eu ni syphilis, ni néoplasme; son père a succombé à une broncho-pneumonie, sa mère est bien portante. Lui-même, un peu eczémateux dans son enfance, n'a jamais été arrêté que par une typhlite légère qui l'obligea à garder le lit pendant quelques jours et guérit par résolution. Cette affection eut lieu en 1880; il y a par conséquent 12 ans. Les accidents actuels remontent au mois de juin 1891. Il s'aperçut à ce moment qu'il avait dans le ventre une grosseur qui n'était le siège d'aucune douleur, et qui ne provoquait aucune gêne.

Suivant son expression il avait une « pelote de laine qui se promenait dans le bas-ventre », deux fois, en effet, il chercha la tumeur qui semblait avoir disparu; d'ailleurs ces éclipses ne s'accompagnaient d'aucun

trouble fonctionnel. Il ne fit aucune attention à cette grosseur jusqu'au moment où elle devint douloureuse dans les circonstances suivantes.

Le dimanche 22 novembre il montait une malle à un étage élevé, quand il sentit brusquement une douleur dans l'abdomen. Cette douleur vive l'obligea à s'arrêter un instant, puis il reprit son travail tout en continuant à souffrir, il passa la journée assez mal à l'aise, s'endormit comme d'habitude, mais vers trois heures du matin il fut réveillé par des douleurs extrêmement violentes au niveau de l'abdomen, douleurs qui l'obligèrent à rester couché et à se torturer. Un médecin appelé prescrivit des cataplasmes, un purgatif et le lendemain commença de l'électrisation. Aucun soulagement ne s'en suivit, le malade ne reposait ni jour ni nuit, si bien qu'après cinq jours de traitement inefficace il entra à l'hôpital où on le mit au régime lacté. Quelques jours après il descendit dans nos salles.

Les douleurs étaient tellement vives à ce moment qu'il était impossible de faire un examen complet. A l'inspection on voyait une *saillie* paraissant bien circonscrite, du volume d'une grosse orange et faisant saillie au niveau et un peu au-dessous de l'ombilic. Pour parfaire l'examen le malade fut chloroformé. Je constatais alors : Une tumeur intra-abdominale du volume d'un gros poing, lisse, arrondie, rénitente, donnant la sensation d'une poche tendue, mobile transversalement, mobile surtout de haut en bas et de bas en haut. Lorsqu'on cherche les limites de cette mobilité on sent que la tumeur est fixée en haut et qu'il est impossible de la faire descendre jusqu'à la symphyse.

De même on peut la rencontrer jusqu'au niveau des fausses côtes sous lesquelles elle peut s'engager en partie. Elle demeure quelque temps au point où on la place, puis elle reprend sa situation première au-dessous de l'ombilic. Elle est mate à la percussion, quand elle est à fleur de peau, mais *si on la repousse vers les fausses côtes, les anses intestinales au milieu desquelles elle se perd, la rendent sonore*. Le reste de l'abdomen est normal. Me basant sur le siège, les connexions de cette tumeur, sur sa mobilité je posai le diagnostic de tumeur du grand épiploon. Ayant constaté sa rénitence, sa *forme* parfaitement lisse et unie, sa rapidité d'évolution, son indolence à la pression, je formulai le diagnostic de kyste du grand épiploon. Les accidents douloureux qui accompagnaient cette tumeur étaient tels qu'on ne pouvait refuser une intervention.

Laparatomie médiane et aseptique le 3 décembre 1891, en présence de M. le docteur Fernet et avec l'aide de MM. Vercoustre, Haron et Poupinel. Incision de 12 centimètres au-dessous de l'ombilic. Le péritoine ouvert je trouve une tumeur du volume d'une tête de fœtus et je constate qu'elle siège dans le mésentère dont elle occupe toute la hauteur, du bord adhérent de l'intestin jusqu'à son insertion vertébrale. Incision du feuillet antérieur du mésentère de sa partie supérieure jusqu'à trois centimètres du bord de l'intestin, région très vasculaire: décortication de la face antérieure de la tumeur qui se laisse assez facilement libérer; mêmes manœuvres pour son pôle supérieur. Avant de libérer sa face postérieure j'examine la consistance du néoplasme qui me paraît fluctuant. Ponction avec le gros trocart de l'appareil Potain. Il s'écoule un liquide parfaitement blanc, ressemblant en tous points à du lait épais ou à de la crème. Extraction de 600 c.c. de liquide, la poche est ainsi à moitié vide. Je l'attire avec une pince à kyste et je continue la décortication postérieure, la paroi du kyste est séparée du feuillet postérieur du mésentère; quelques veines sont pincées au fur et à mesure. Mais c'est au niveau du pôle supérieur de la tumeur près de l'insertion de l'intestin que les difficultés deviennent plus grandes, les vaisseaux mésentériques (et surtout les veines), extrêmement divisés, rendent la décortication particulièrement délicate. Je puis cependant extraire la poche dans sa totalité sans rompre aucun vaisseau; je n'ai qu'à lier deux veines de petit volume au point le plus déclive du mésentère. La poche étant extirpée, l'hémostase est parfaite; je suture au catgut l'incision du feuillet antérieur du mésentère dont les deux parois s'appliquent facilement l'une à l'autre. Toilette du péritoine, suture de la paroi abdominale en 4 étages. La séreuse, les muscles et l'aponévrose ont chacun un plan de suture continue au catgut. La peau est suturée au crin de Florence. Pansement de gaze iodée formée et d'ouate.

Les suites opératoires furent excellentes, les douleurs disparurent immédiatement après l'extirpation. La température n'a pas dépassé 37° 3.

Au 7^e jour les fils superficiels furent enlevés et le malade sortit de l'hôpital le 15 décembre 1891 parfaitement guéri. Nous l'avons revu ces jours derniers, c'est-à-dire 5 mois après l'opération. Depuis son opération il n'a jamais souffert, il a repris ses occupations et a notablement en-

graisé ; sa cicatrice est parfaite, sans qu'il ait été obligé de porter une ceinture quelconque. Les fonctions gastro-intestinales sont parfaites et la palpation de l'abdomen ne révèle pas la moindre irrégularité.

ANALYSE CHIMIQUE. — Le liquide d'apparence laiteuse non coagulable, se sépare lentement en deux couches, la supérieure rappelant assez exactement celle qui se forme à la surface du lait renferme seulement une plus grande quantité de matière grasse.

Le liquide extrait occupait un volume de 600 c. c., sa densité 1008, sa réaction alcaline.

Sa composition chimique examinée au volume d'un litre était la suivante :

Eau : 8090. Matières solides 195, comprenant :

Albumine 42, 40

Matières grasses 139, 80

Sels minéraux 12, 80

Sels minéraux classés séparément :

Chlorure de sodium 90, 80

Acide phosphorique ou phosphate 1, 25

L'énorme quantité de matières grasses émulsionnées, l'absence complète de fibrine et de sucre, sont tout-à-fait remarquables. Les rares analyses de chyle que j'ai pu trouver mentionnent une bien moins grande quantité de matières grasses, en même temps que la présence presque constante de la fibrine.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Des coupes ont été faites au niveau des taches jaunes de la surface interne du kyste, et en des points à surface lisse. Le tissu fondamental de la paroi est partout le même. Il est constitué par un tissu fibreux extrêmement serré qui donne aux coupes, vues à l'œil nu et par transparence, une apparence fibro-cartilagineuse. Les fibres sont tassées, parallèles, larges ; leurs intervalles montrent à peine quelques figures étoilées. L'aspect est uniformément le même pour toute l'épaisseur de la paroi, en dehors des taches jaunes. Au niveau de ces dernières s'ajoute la particularité suivante : vers la surface interne les couches fibreuses sont écartées de

manière à constituer des logettes allongées qui sont remplies de globules graisseux très-aisément colorables par l'acide osmique et l'orcanète.

Ces globules sont indépendants, ne font pas partie des vésicules adipeuses proprement dites. Ils sont de volume très variable, depuis des grains minimes jusqu'à de grosses boules graisseuses égalant ou dépassant le volume des vésicules adipeuses sous péritonéales, qui sont également intéressées dans la coupe, et font mieux ressortir la disposition particulière des amas adipeux précédents.

Le ganglion lymphatique, un peu gros qui était juxtaposé au kyste ne présente aucune altération histologique.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Dimensions, formes et rapports. — De l'examen des observations que nous avons pu réunir il résulte ce fait que les kystes chyleux peuvent présenter les dimensions les plus variées, suivant qu'on les prend à telle ou telle période de leur développement.

Tel kyste qui existe dans la cavité abdominale sans avoir encore attiré l'attention sur lui, offre les dimensions d'un œuf de poule ou d'une orange lorsque le patient s'aperçoit de son existence.

Au laparotomiste, il se présentera avec le volume d'un gros poing d'adulte, ou d'une tête de fœtus. On en rencontre qui ont les dimensions d'une tête d'adulte (Gusserow).

La forme est toujours régulière et la plupart des auteurs insistent sur la sensation de tumeur globuleuse, lisse, résistante, arrondie que procure cette production pathologique.

Lorsque la tumeur est volumineuse, il peut exister un pédicule mince et effilé.

Le pédicule est au contraire, gros et court, formé par les feuillets mésentériques écartés lorsque le kyste atteint des dimensions plus volumineuses.

Les deux feuillets peuvent être séparés à tel point que la tumeur devient libre dans la cavité abdominale. Il semble qu'on ait affaire dans ces cas à une véritable production rétropérito-

néale qui s'est insinuée entre les deux feuillets du pédicule intestinal.

Peu volumineux, le kyste garde sa situation normale; il tend seulement à attirer en bas le mésentère, mais flotte librement au milieu des anses intestinales, et du grand épiploon. Toute cette masse le recouvre et rend sa découverte fort difficile.

Mais avec son développement le tableau change et les rapports se modifient. La néoformation pousse en avant sa marche progressive, écartant tout ce qui la gêne. Les feuillets mésentériques se trouvent dédoublés de ce fait, et les anses intestinales sont repoussées en avant.

Les kystes de moyen volume, repoussent presque toujours devant eux des anses intestinales, qui restent interposées entre eux et la paroi.

On trouve bien souvent la partie postérieure du kyste en rapport avec des ganglions lymphatiques plus ou moins hypertrophiés. On en a vu qui étaient manifestement en contact avec de gros vaisseaux lymphatiques, et quelques-uns semblaient être en continuité avec le canal thoracique et provenir d'une dilatation de la citerne de Pecquet.

Un degré de plus dans l'accroissement, et tous les déplacements, toutes les compressions sont permises: les anses intestinales sont fortement tassées, déjetées sur les côtés, unies entre elles par des adhérences; le mesocolon peut être envahi. Le kyste peut présenter des connexions adhésives avec le grand épiploon, avec la paroi. Il peut comprimer les organes abdominaux et surtout le rectum, la vessie, l'utérus.

On trouve la plupart du temps un seul kyste chyleux. Ce n'est pourtant pas le cas de l'observation de Hlava, où l'ouver-

ture du cadavre permet de compter un grand nombre de kystes, ayant des dimensions qui variaient de celle d'un pois jusqu'à celle d'une tête d'enfant. Leur contenu ressemblait à du pus épais. Les plus petits parmi ces kystes montraient la structure intacte d'une glande lymphatique.

Le processus pathologique avait nettement frappé dans cette observation toutes les glandes lymphatiques du mésentère.

Etat du mésentère et des vaisseaux. — Nous avons déjà signalé l'état du mésentère dans le paragraphe précédent. Nous n'y reviendrons pas.

Il y a la plupart du temps, un développement considérable des vaisseaux sanguins dans le pédicule et les lames péritonéales qui contiennent le kyste dans leur dédoublement. On connaît la richesse du mésentère en vaisseaux et leur disposition en arcades anastomotiques. Cette riche disposition s'accroît encore sous le rapport du calibre, du nombre et des communications des conduits sanguins qui contribuent à l'irrigation du territoire.

De grosses veines (c'est surtout du côté du système veineux que ces modifications se produisent) rampent sur la tumeur, et leur abondance est surtout remarquable vers le pédicule. Cette disposition effraiera souvent l'opérateur en lui faisant craindre des hémorrhagies profuses. L'exemple de Tuffier nous montre qu'on peut arriver à ménager presque complètement ces vaisseaux au cours de la décortication prudemment conduite de la tumeur.

POCHE KYSTIQUE.

Examen macroscopique. — Vu à travers l'incision ab-

dominale, le kyste ressemble à s'y méprendre aux kystes de l'ovaire, revêtu qu'il est d'un feuillet péritonéal qui lui donne une apparence lisse et brillante. Sa coloration est violacée, et on aperçoit par transparence, à travers le péritoine, un riche réseau de vaisseaux sanguins qui l'enserrent. Il est fluctuant, rénitent et tendu, et tout cela n'est pas fait pour éviter la confusion possible. Le chirurgien est la plupart du temps obligé, pour dissiper son hésitation, de s'assurer, par la palpation, de l'intégrité des annexes.

Décortiqué, vidé et apporté sur la table d'autopsie, la tumeur affecte l'apparence d'une poche blanchâtre, flasque, à parois peu épaisses, à surface externe rugueuse, à surface interne diversement différenciée en certains points. Ça et là, on aperçoit des taches jaunâtres plus ou moins foncées, d'une consistance plus ou moins solide, tomenteuses et irrégulières au toucher.

Ailleurs, des surfaces lisses et blanchâtres étalent leur poli. Elles constituent la plus grande partie de la face interne.

Si on pratique une section de cette paroi, la tranche se montre uniforme sur toute l'épaisseur, et il est impossible d'y déceler à l'œil nu une différence structurale.

On s'aperçoit encore que l'épaisseur de la poche n'est pas la même en tous ses points. En général, elle est de $1/4$ — 1 millim, mais par places on voit des épaisissements en forme d'îlots de 3 à 4 millimètres d'épaisseur.

Examen histologique. — Le tissu fondamental de la paroi est partout le même.

Il est constitué par un tissu conjonctif, fibrineux, extrême-

ment serré, qui donne aux coupes vues à l'œil nu, et par transparence, une apparence fibro-cartilagineuse.

Les fibres sont tassées, parallèles, larges, leurs intervalles montrent à peine quelques figures étoilées (Tuffier).

Au niveau des taches jaunes, (Obs. Tuffier), on note la particularité suivante : vers la surface interne, les couches fibreuses sont écartées de manière à constituer des logettes allongées qui sont remplies de globules graisseux, très-aisément colorables par l'acide osmique.

Ces globules sont indépendants et ne font pas partie des vésicules adipeuses proprement dites. Ils sont de volume variable.

On n'a pas trouvé dans le cas de Tuffier d'altération histologique du ganglion lymphatique qui était juxtaposé au kyste.

Dans l'observation du Dr Fenomenoff de Kazan, l'examen microscopique fit reconnaître l'existence de 3 couches constituant la paroi.

Une couche interne, riche en cellules et en vaisseaux dilatés et remplis de globules rouges, avec par places des cellules plates endothéliales tapissant la face interne. De temps en temps, extravasations sanguines avec pigment jaune granulé, disposé autour d'elles tantôt dans des cellules assez volumineuses et pourvues d'un petit noyau, tantôt dans des interstices cellulaires.

La couche moyenne est fibreuse, pauvre en cellules et en vaisseaux. On y voit des ilots de tissu lymphoïde, accumulé en certains endroits de façon à produire de véritables follicules. Le reticulum est nettement visible et on y découvre en corde des cellules lymphatiques.

Là, où le tissu lymphoïde est disparu, on voit des foyers de dégénérescence.

La couche superficielle ou externe, est formée d'une couche de tissu fibreux analogue à la capsule d'un ganglion lymphatique, et d'une couche de tissu cellulo-adipeux.

Les parties amincies de la poche ne présentent que deux couches, l'interne et la moyenne. Le tissu lymphoïde s'y trouve extrêmement rare.

Dans l'observation Solman, le raclage de la surface interne n'a donné que quelques cellules épithéliales plates semblables à l'endothélium des séreuses. Ces cellules possèdent un noyau unique à contours peu marqués : autour du noyau on voit une quantité relativement petite de protoplasma.

Les coupes ont encore permis de reconnaître, dans le cas qui nous occupe, l'existence d'un nombre considérable de cellules migratrices. On y a noté encore une grande quantité de vastes espaces lymphatiques en forme de fentes et beaucoup de foyers de tissu cytogène, tissu qui forme les follicules lymphatiques.

Les fentes lymphatiques sont tapissées soit par une couche unique d'endothélium plat, soit par des cellules plates isolées. Elles ne possèdent pas d'autres parois propres. La forme de ces espaces lymphatiques est fort irrégulière et leurs dimensions sont supérieures à celles des capillaires sanguins.

On trouve dans leur intérieur des cellules semblables aux globules sanguins décolorés, et aussi des petites gouttelettes graisseuses.

La direction des fentes est variable : tantôt parallèle à la surface interne de la poche, tantôt oblique, tantôt presque perpendiculaire.

Sur quelques coupes, on pouvait constater que les lumières des espaces lymphatiques se réunissent à la lumière du kyste.

Les fentes lymphatiques se trouvent en rapport avec des foyers de tissu cytogène. Ces foyers sont réunis dans la paroi du kyste : ils sont de forme ovulaire ou lenticulaire tantôt distinctement limités, tantôt, leurs limites se perdent dans le tissu conjonctif présentant de moins en moins de cellules semblables aux cellules lymphatiques.

Chaque préparation microscopique du foyer présente un reticulum bien distinct et tout à fait semblable au reticulum des ganglions lymphatiques. Dans les mailles de ce reticulum on trouve une grande quantité de cellules semblables aux cellules ambulantes. Enfin, le pourtour où le centre de ces foyers est traversé par de vastes sinus lymphatiques dans lesquels on rencontre par places des gouttelettes grasses.

Liquide contenu dans la poche. — Dans l'observation de Tuffier, on a trouvé un liquide d'apparence laiteuse, non coagulable, se séparant lentement en deux couches. La supérieure rappelant assez exactement celle qui se forme à la surface du lait renferme seulement une plus grande quantité de matières grasses.

Le liquide extrait occupait un volume de 600 cm. c. Sa densité est égale à 1008. La réaction est alcaline.

La composition chimique, examinée au volume d'un litre était la suivante :

Eau 8090, matières solides 195, comprenant :

Albumine 42,40

Matières grasses 139, 80

Sels minéraux 12, 80

Les sels minéraux classés séparément se subdivisent en :

Chlorure de sodium 90, 80.

Acide phosphorique ou phosphates 1, 25.

M. Tuffier fait suivre cet examen des réflexions suivantes:

L'énorme quantité de matières grasses émulsionnées, l'absence complète de fibrine et de sucre, sont tout à fait remarquables. Les rares analyses du chyle que j'ai pu trouver, mentionnent une bien moins grande quantité de matières grasses et en même temps, la présence presque constante de la fibrine.

L'observation de Solman nous fournit également une bonne analyse du contenu des kystes.

On a trouvé à l'ouverture de la poche, un liquide blanchâtre, épais, à réaction neutre, contenant 68,46 0/0 de matières solides. Ces parties solides sont représentées particulièrement par de la graisse : 63,31 0/0 On ne trouve que des traces de sels minéraux et d'albumine. Il n'y avait pas l'ombre de cholestérine.

La graisse se trouve surtout représentée par des gouttes graisseuses libres. Assez souvent, les petites gouttelettes se réunissent pour former des amas graisseux. Ça et là, se voient des cristaux graisseux isolés ou groupés en plusieurs faisceaux.

On voit aussi dans ce liquide des cellules non altérées, semblables aux cellules ambulantes, et les mêmes cellules en voie de dégénérescence graisseuse.

On peut constater également l'existence dans le liquide de flocons mous, blanchâtres, lâchement unis aux parois de

la poche; ces flocons sont constitués par du tissu fibrillaire, à fibrilles enchevêtrées dans toutes les directions, par une grande quantité de cellules semblables aux cellules lymphatiques et par une petite quantité de graisse.

Dans le cas de Carson, l'analyse du contenu fut faite par le D^r Bremer.

Il y est noté la particularité suivante :

« Le fait qu'on trouve dans le liquide, des cellules contenant du protoplasma frais et intact, tendrait à prouver que le kyste était en rapport avec un canal charriant des cellules fraîches, probablement avec de gros lymphatiques, ou avec la citerne de Pecquet.

Le liquide ne montre deux mois après l'opération aucun signe de putréfaction.

L'inaltération du liquide est encore notée dans l'observation de Bergmann. 9 mois après son extraction de la poche kystique, on le trouvait encore absolument inaltéré.

Cette absence de signes de décomposition et de putréfaction est bien en faveur d'une identité complète avec le chyle.

PATHOGÉNIE.

Nous voilà arrivé à un des points les plus délicats de notre travail. Nous allons essayer une tentative de théorie pathogénique, dont nous ne nous dissimulons pas la difficulté; mais d'abord, que trouvons nous à ce sujet dans nos observations ?

Enzmann nous dit à propos d'un kyste chyleux du mésentère trouvé à l'autopsie d'une femme morte d'endocardite, que le rapport direct du kyste avec le canal thoracique était

facile à montrer. La partie supérieure de ce dernier était fermée en plusieurs endroits par des thrombus organisés.

Carson n'hésite pas à conclure que dans son cas, la tumeur devait être en rapport avec quelque gros tronc lymphatique ou la citerne de Pecquet.

Dans le cas de Trombetta, le professeur d'anatomie pathologique qui fit l'autopsie crut pouvoir diagnostiquer un abcès du mésentère par suppuration d'un ganglion lymphatique.

Albers a observé un cas où le canal thoracique se confondait avec la poche kystique.

Le même auteur fait mention d'une ampoule de la citerne de Pecquet qu'il avait vue dans le cadavre d'un hydropique.

Rokitansky a vu quelque chose d'analogue.

C'était chez un aliéné. — Le canal thoracique de cet individu particulièrement épais partout ailleurs, présentait une forte dilatation au niveau du réservoir de Pecquet, et regorgeait, ainsi que les ganglions lymphatiques lombaires, de lymphe grisâtre.

Le même auteur, dans son traité d'anatomie pathologique rapporte une autopsie où on trouva une forte dilatation de la partie inférieure du canal thoracique, du réservoir de Pecquet et de tous les vaisseaux du système chylifère. — Cette dilatation était due à la sténose d'une partie du canal située plus haut.

Nous relevons encore une remarque de Killian sur un cas observé à l'institut pathologique de Fribourg.

Un tissu cicatriciel racorni avait amené l'oblitération du canal thoracique. — Cet obstacle au cours de la lymphe, amena une dilatation considérable dans tout le système des vaisseaux chylifères.

On pouvait voir dans le mésentère des anévrysmes chyleux gros comme des grains de millet. — Pas de déchirure des vaisseaux, il s'était produit une ascite chyleuse considérable.

En voilà assez, ce nous semble, pour nous permettre d'envisager avec quelques apparences de raison, les kystes chyleux du mésentère comme une production pathologique dont l'origine doit être recherchée dans les lymphatiques du mésentère.

Tantôt la tumeur relèvera directement de la citerne de Pecquet dont le contenu ne peut plus trouver son issue ordinaire vers le haut du corps, de par l'effet de quelque compression du canal thoracique en un point situé au dessus.

Werth est très catégorique à ce point de vue et pour lui l'origine du kyste se trouve dans l'oblitération des vasa efferentia d'un ganglion lymphatique du mésentère.

Hahn s'exprime à ce sujet de la façon suivante : presque tous les auteurs s'accordent à admettre que ces kystes se développent dans les ganglions lymphatiques, les vaisseaux chylifères, ou la citerne de Pecquet.

Rokitansky est porté à croire qu'un kyste peut se développer dans les ganglions du mésentère par l'élargissement des espaces de la glande et transformation de celle-ci en une poche à parois tantôt minces, tantôt épaisses.

Cette origine peut seule nous donner la clef de l'aspect des pièces examinées au microscope. Comment expliquer autrement que par une participation directe du tissu lymphatique, dans la production de ces tumeurs, l'existence si souvent constatée sous l'objectif de leurs éléments cardinaux.

Dans l'observation Tillaux-Millard, les conclusions de Merklen qui fit l'examen histologique sont particulièrement intéressantes.

« Dans la couche intermédiaire, on retrouve certains éléments du ganglion lymphatique. Au milieu de ce tissu, on voit des espaces arrondis, renfermant des cellules lymphatiques absolument intactes dans leur structure. En traitant les coupes par le pinceau, on retrouve le tissu réticulé normal. »

C'est à cette manière de voir que se rallie aussi Quénu. « L'origine lymphatique de ces kystes nous semble, dit-il, ressortir clairement de la présence de fentes lymphatiques, de tissu réticulé et de follicules clos dans leur structure. Faut-il accepter l'hypothèse d'une dégénérescence spéciale des ganglions lymphatiques; ou celle d'une ectasie, soit des chylifères, soit du canal thoracique ou encore celle d'une rupture d'un des vaisseaux lactés avec enkystement consécutif du chyle répandu ? Nous aurions plus de tendance à accepter l'opinion de Kuester qui rattache les kystes chyleux aux malformations congénitales; nous y verrons volontiers de véritables lymphangiomes kystiques comparables à ceux du cou et en communication primitive ou secondaire avec les chylifères. Notre théorie puise une certaine force dans ce fait qu'on a aussi observé dans le mésentère de véritables lymphangiomes ou chylangiomes caverneux caractérisés par la présence de petites cavités communiquant les unes avec les autres, tapissées d'endothélium et renfermant un liquide laiteux auquel on a reconnu les réactions ordinaires du chyle.

En somme, l'accumulation du chyle dans les ganglions lymphatiques peut amener leur dégénérescence kystique (Collet).

De la structure primitive, il ne reste bientôt plus que l'at-

tsetation laissée de loin en loin par le tissu primitif, au sein d'une coque fibreuse au milieu de laquelle on a toutes les peines du monde à en retrouver les traces.

Les couches épaisses et extérieures que l'on reconnaît au kyste, correspondent aux capsules glandulaires ; sous elles, on peut trouver des restes rares, mais quelquefois bien conservés de la substance glanduleuse primitive.

ETIOLOGIE.

On peut dire des kystes chyleux, comme de tous les kystes du mésentère en général, qu'ils sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme.

Sur 18 malades opérés pour kystes chyleux et dont on trouvera plus loin les observations, il n'y a que 14 hommes.

Chose bizarre, dans les dix cas trouvés à l'autopsie, la proportion est sensiblement la même pour les deux sexes, et parmi ces cas, 4 ont trait à des vieillards ayant de 70 à 80 ans.

La fréquence des kystes chyleux est remarquable et l'observation faite par Pean à leur sujet ne doit plus être prise à la lettre à l'heure actuelle.

Sur une centaine de cas de kystes mésentériques, connus en l'état actuel de la science, 30 doivent être rangés dans la catégorie chyleuse, et dans ce nombre, n'entre pas la tumeur observée par M. Demons de Bordeaux. Il s'agissait en l'espèce, d'un kyste multiloculaire à contenu chyleux et sanguin.

Si nous lisons avec soin les observations qui sont à notre disposition, nous ne pouvons que reconnaître l'influence que semble avoir le traumatisme, dans le développement de cette variété de tumeurs.

La malade de Tuffier s'était, il est vrai, aperçu depuis longtemps de l'existence de sa tumeur, mais le développement rapide qu'elle prit, et les accidents douloureux dont elle devint le siège, datent du moment où il fit un effort pour soulever une malle.

La malade de Rasch souleva également une lourde malle, et huit jours plus tard, elle fut réveillée la nuit par de vives douleurs dans le côté gauche de l'abdomen.

Rappelons que dans ce cas on constate la rupture d'un gros vaisseau lymphatique.

Dans le cas de Gusserow, la malade insiste sur ce fait qu'un sac de pommes de terre lui était tombé sur le ventre.

Nous sera-t-il enfin permis de faire remarquer que certaines maladies microbiennes à détermination abdominale peuvent jouer un rôle dans l'étiologie de l'affection qui nous occupe, par les altérations qu'elles peuvent produire sur les vaisseaux lymphatiques de la région.

L'opéré de Tuffier a été atteint d'une typhlite légère, qui s'est terminée par résolution. La disparition de cette inflammation locale a dû mettre fortement à contribution le pouvoir phagocytaire des lymphatiques circonvoisins, en même temps que la barrière élevée contre l'infection par les ganglions de cette partie du corps a dû subir de rudes assauts. Peut-être en est-il résulté une certaine faiblesse de ces organes, et une prédisposition à l'*engorgement*.

Le malade de Von Berygmann avait eu une fièvre typhoïde. De même l'opéré de Carson.

Enfin nous retrouvons la fièvre intermittente dans les antécédents de l'opéré d'Unjenne.

De même, peut-être faut-il voir dans le lymphatisme, une

prédisposition particulièrement favorable à l'éclosion de l'affection qui nous occupe.

Carson signale le tempérament lymphatique de son opéré. Cet homme outre sa fièvre typhoïde, avait été précédemment atteint d'un accès d'impaludisme.

SYMPTOMES.

On s'aperçoit vite à la lecture des diverses observations que nous avons pu réunir, qu'il n'existe pas de signe pathognomonique permettant de faire à coup sûr, le diagnostic du kyste chyleux du mésentère.

Ce diagnostic ne pourra être porté qu'après un examen soigneux du sujet, et se basera sur l'analyse minutieuse de nombreux symptômes qui, pris en particulier, ne suffisent point pour faire naître une certitude.

Période de début. — Longtemps, le kyste peut passer inaperçu, et ses premiers pas sont marqués au coin d'une banalité parfaite.

Il faut souvent une cause occasionnelle, un écart de régime, un traumatisme, pour rendre évidente aux yeux de celui qui la porte, une production pathologique jusqu'alors ignorée.

Les accidents de la vie ordinaire du malade, suffisent parfois pour provoquer une douleur abdominale assez vive, et pour l'amener à palper son abdomen.

Il se trouve alors en présence d'une petite tumeur, le plus souvent indolente, arrondie et dure, du volume d'une noix ou d'un œuf de poule, tumeur qui se déplace fort aisément.

ment et peut être proménée dans tous les sens, dans la cavité abdominale.

A cette époque, le malade ne consulte ordinairement pas le chirurgien. Il est plus surpris qu'effrayé, et comme aucun trouble fonctionnel ne vient encore troubler son repos, il attend les événements.

Période confirmée. — La forme de ces kystes est dans presque tous les cas sphérique. Cependant il peut y en avoir de piriformes, comme dans le cas de Gusserow, où la tumeur se confondait peu à peu par son extrémité effilée avec un pédicule.

Weichselbaum s'est trouvé pour son propre compte, en présence d'une production aplatie, plus grosse que le plat de la main et épaisse de 3 à 4 centimètres.

Collet et Gérard-Marchant, ont fait des expériences dans le but d'étudier la forme que devaient prendre ces tumeurs.

Ils sont arrivés à des conclusions que n'a point confirmées la clinique. Leurs tumeurs expérimentales ont toujours pris une forme allongée et souvent multilobée.

Ces résultats sont commandés d'après eux, par l'anatomie de la région. En effet : les feuillets mésentériques sont surtout décollables au niveau du pédicule.

Ce décollement reconnaît pour limite les espaces compris entre les départements artériels et les plicatures.

Plus le réseau artériel est resserré et les plicatures nombreuses, (c'est-à-dire vers le bord intestinal) plus le décollement devient difficile et ne se fait plus que par petits départements toujours limités par ces plicatures.

Bianchi a répété ces expériences, après Collet et Gérard-

Marchant. Pour lui, les kystes du mésentère doivent toujours être ovoïdes, avec la plus forte convexité toujours tournée en haut.

Comme nous le disions plus haut, la clinique est en désaccord sur ce point avec l'expérimentation. Le chirurgien constate presque toujours la forme sphéroïdale des tumeurs pour lesquels il a à intervenir.

Consistance. — La consistance varie avec l'âge de la tumeur. Ferme et tendue au début, elle donne plus tard une sensation nettement élastique et fluctuante. Tillaux et Millard ont noté la rénitence de leur kyste.

Küster nous dit très nettement, qu'au début, la tumeur était dure, mais que trois semaines plus tard, elle devint fluctuante.

On peut assister au phénomène inverse, et la tumeur qui au début était fluctuante, peut être un peu plus tard distendue à tel point que sa consistance devient résistante et ligneuse.

Tillaux s'est trouvé en présence d'une tumeur kystique dont le contenu avait la consistance du beurre. Il fait remarquer avec juste raison qu'on ne peut trouver en pareil cas dans la consistance, un élément de diagnostic suffisant pour différencier un kyste d'un lipome.

Volume. — Ce que nous avons dit de l'âge de la tumeur à propos de la consistance s'applique encore à son volume. Il est de toute évidence qu'une tumeur dont la caractéristique est un accroissement progressif, ne prendra pas, du jour au lendemain, un développement considérable.

A côté de tumeurs égalant le volume d'une tête d'adulte,

on en rencontre d'autres qui ne dépassent pas la grosseur d'un pois. Cette petitesse dans les dimensions du kyste s'observe rarement, et surtout dans les cas où plusieurs productions kystiques existent simultanément. Tel était le cas de Hlava.

La grosseur d'une tête de nouveau-né peut être présentée comme dimension moyenne, d'après l'examen des statistiques.

Douleur. — La plupart du temps, la sensation douloureuse est le symptôme qui mettra le malade sur la voie de la découverte de sa tumeur.

Dans le cas de Solman, cette douleur existait depuis plusieurs mois d'une façon peu intense, lorsque la malade s'aperçut de son kyste.

Cette douleur prémonitrice, si l'on peut s'exprimer ainsi, est d'ordinaire sourde, mal localisée, et consiste surtout en une sensation de pesanteur spéciale, en tiraillements mal définis.

Prédominance au nombril.

Parfois au contraire, elle éclate brusquement d'une manière si violente, que le malade arrêté dans ses occupations est immédiatement forcé de se mettre au lit.

Tel est le cas du malade Tillaux-Millard, qui se promenait le soir sur les boulevards, en parfaite santé, lorsqu'une douleur dans le ventre l'immobilisa brutalement, l'empêchant d'avancer d'un pas.

Ce fut encore une violente attaque de coliques qui donna à la malade de Werth l'occasion de découvrir son kyste.

Ces mêmes fortes douleurs se montrèrent chez la malade de Trombetta.

Dans l'exemple rapporté par Tuffier, ce fut à l'occasion d'un effort fait pour soulever un fardeau qu'éclatèrent ces douleurs.

Il n'en est pas ainsi dans tous les cas et nous trouvons dans l'observation de Berygmann, la relation d'un cas où la tumeur parfaitement indolore au début, paracheva son développement sans amener autre chose qu'une sensation de pesanteur et de légère tension abdominales, après les repas.

Quelquefois, la tumeur devient douloureuse sans causes appréciables, au cours de son développement.

Tel est le cas de la patiente de Kuster qui découvrit son kyste par hasard à une époque menstruelle. Il était dur, profondément situé au niveau de l'ombilic, parfaitement mobile. Trois semaines plus tard, on trouvait que la tumeur faisait une proéminence sensible au dessus du nombril, tout en restant mobile et présentant dès lors de la fluctuation.

Depuis ce moment, aucune modification notable ne survint dans le volume de la production, mais elle devint spontanément douloureuse, à tel point que la malade dut s'aliter et que le moindre changement de position lui était atrocement pénible.

Dans les kystes que nous étudions, la douleur siège presque toujours dans la région ombilicale. Dans d'autres espèces anatomiques au contraire, telles que les lipomes, les cancers, les sarcomes, la douleur se fait surtout sentir aux régions iliaque hépatique, et même thoracique comme dans le cas de Sainsburg.

Ces souffrances sont rarement continues. Elles procèdent par accès et augmentent par les mouvements que fait la malade, ou sous l'influence des contractions intestinales durant la digestion.

Un facteur avec lequel il faut largement compter, d'après nous, dans la production de la douleur, est sans contredit, l'augmentation rapide de la tumeur se faisant irrégulièrement et par saccades. Dans l'observation de Küster, il est manifestement évident que les poussées douloureuses coïncident avec l'accroissement de volume du kyste.

Ne pourrait-on pas faire à ce propos un rapprochement entre les crises douloureuses des tumeurs chyleuses, et celles qui sont d'observation courante dans les poussées de l'hydronéphrose intermittente.

Dans les deux cas, ne doit-on pas mettre la production douloureuse sur le compte de l'augmentation de la quantité de liquide, sur les tiraillements que produit cet accroissement subit dans les organes voisins, et aussi sur l'irritation des filets nerveux de la région.

La sédation qui succède à ces crises n'est-elle pas aussi imputable à l'accoutumance des organes comprimés, lorsque cesse la compression ?

Mais comment expliquer ces accroissements subits de volume, et aussi ces poussées douloureuses qu'ils entraînent.

Nous croyons que la rupture d'adhérence permet de temps en temps au kyste de prendre un accroissement plus considérable. Il s'en suit la création de rapports nouveaux avec les organes voisins, et la compression douloureuse de ces organes.

Le fait est particulièrement évident en ce qui concerne la masse intestinale. Nous voyons très souvent un accroissement dans les diamètres du kyste être suivi de coliques atroces et de constipation. Ces accidents douloureux ont entraîné le diagnostic d'occlusion intestinale dans le cas Tillaux-Millard.

Les souffrances dépendent aussi à un haut degré du siège

qu'occupe la tumeur et de son lieu d'implantation en un point plus ou moins éloigné de la colonne vertébrale. La compression de cette région procure des sensations douloureuses extrêmement vives, et la conséquence est une recrudescence des douleurs dans la position horizontale.

Il est difficile de démêler ce qui appartient à la compression des filets nerveux du plexus solaire, ou du plexus mésentérique octnu entre les deux feuilletts péritonéaux, dans la production de ces symptômes.

Comme pouvait le faire prévoir ce que nous venons de dire, la constipation est la règle dans l'affection qui nous occupe.

Le malade présenté par Broca, en 1850, à la société anatomique, était entré à l'hôpital, parce qu'il lui était impossible d'aller à la garde-robe autrement qu'avec de grosses difficultés.

Carter dit que son malade n'avait de selles que toutes les quatre semaines.

Voici comment Augagneur explique cette complication des tumeurs du mésentère : Volumineuses, elles compèchent les efforts d'expulsion. Plus petites, elles peuvent pas leur situation modifier la circulation ou l'innervation des intestins, et secondairement supprimer les sécrétions nécessaires à la progressive du contenu intestinal, ou paralyser les tuniques musculaires concourant au même but.

Nous croyons, pour notre compte, que la compression de la masse intestinale par la tumeur, joue le rôle le plus important.

Siège. — Augagneur, insiste sur l'importante du diagnostic, de la connaissance du point d'apparition de la tumeur car

au moment où le chirurgien voit le patient pour la première fois, le néoplasme a pris un tel volume, qu'il n'est pas possible de décider ce que fut sa situation au début.

C'est dans la région de l'ombilic qu'on été découverts la plupart des kystes qui nous occupent.

Tantôt, comme dans le cas de Mendes de Léon, le kyste est situé sur la ligne médiane, tantôt à droite ou à gauche de l'ombilic.

Rubeska trouva son kyste dans l'hypochondre gauche ; Werth le sentit à l'entrée du petit bassin.

Malgré cette situation de la tumeur, dans ce dernier cas, les recherches exercées sous le sommeil chloroformique, firent apparaître les douleurs intestinales dans la région ombilicale. C'est là d'habitude qu'elles sont le plus vivement senties.

La lecture des observations vous convaincra d'ailleurs bientôt, qu'au début le kyste peut indifféremment être découvert ou dessus, ou dessous, à droite ou à gauche de l'ombilic.

Il doit résulter cependant de la disposition du mésentère et de l'essence même de la tumeur une proportion plus grande pour le côté gauche et la partie inférieure de l'abdomen.

Nous savons en effet que le mésentère se dirige très obliquement de haut en bas et de gauche à droite, de sorte que son feuillet inférieur regarde en bas et à gauche. Il résulte de cette disposition que le poids du kyste doit l'entraîner en bas et à gauche.

Mobilité. — Tous les auteurs s'accordent pour faire de la mobilité un des symptômes les plus sûrs et permettant d'établir le plus commodément le diagnostic.

Cette mobilité, nous la trouvons dans toutes nos observations, et le plus souvent elle est excessive.

Elle peut s'effectuer dans tous les sens, mais les mouvements de latéralité sont d'ordinaire les plus étendus.

Dans le cas de Küster le kyste était surtout mobile de bas en haut et de haut en bas.

La même particularité est notée dans l'observation de Philipson. Il s'agit dans ce cas particulier d'un sarcome développé aux dépens des ganglions lymphatiques.

Le kyste de Gusserow n'était que très peu mobile.

Les adhérences que le kyste contracte avec les organes voisins, au fur et à mesure de son accroissement, diminuent sa mobilité dans tous les sens. Les kystes les plus petits sont aussi ceux qui permettent les déplacements les plus considérables. Cela est bien en rapport avec ce que nous savons du kyste de Gusserow qui était un des plus volumineux qu'on ait encore observé.

L'absence de mobilité de la tumeur de Péan n'est donc pas faite pour nous étonner, car il s'agissait dans ce cas, d'une tumeur remplissant toute la cavité abdominale.

Dans un article publié récemment dans le *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, le Dr Frëntzel de Strasbourg, signale comme cause possible d'une différence de mobilité dans les kystes du même volume, leur différence d'implantation entre les feuilletts du mésentère. Plus la tumeur serait éloignée de la colonne vertébrale, et plus elle serait susceptible de déplacements plus étendus.

En général, insistons sur ce point, la tumeur est extrêmement mobile et surtout dans le sens latéral. Chez le malade de Bergmann, elle se laissait refouler dans les hypochondres

droit et gauche, vers la région lombaire, et aussi vers tous les points de la cavité de l'abdomen.

Celle décrite par Werth pouvait être en partie repoussée dans le petit bassin. De ce point on sentait un cordon tendu, se diriger en haut et à gauche vers le rachis jusqu'au niveau de l'ombilic.

Tuffier recherchera avec soin les limites de la mobilité de sa tumeur. Dans son cas, les mouvements les plus étendus pouvaient être imprimés de haut en bas et de bas en haut, on sentait que la tumeur était fixée en haut et qu'il était impossible de la faire descendre jusqu'à la symphyse. On pouvait la faire remonter jusqu'au niveau des fausses côtes sous lesquelles elle pouvaient s'engager.

Si on abandonne la tumeur à elle-même en un de ces points extrêmes, elle y reste un instant, mais reprend rapidement sa place première à l'ombilic.

Si on percute cette tumeur on la trouve mate d'habitude, lorsqu'on s'arrange de manière à ce qu'elle vienne à fleur de peau, mais si on la repousse vers les fausses côtes, les anses intestinales, au milieu desquelles elles se perd, la rendent sonore (Tuffier).

Il est rare que la tumeur développée dans le mésentère arrive à présenter à la percussion un point où elle ne soit point entourée par les anses intestinales, qui fatalement doivent l'accompagner dans ses déplacements, ordinairement, on obtient au niveau de la tumeur un son tympanique qui se change en matité absolue, au point culminant de celle-ci.

Pour Tillaux la tumeur est mate, mais à la percussion légère on sent en avant d'elle une zone de sonorité due à l'intestin qui est interposé entre elle et la paroi abdominale.

De plus on trouve une zone sonore à la partie inférieure du kyste entre celui-ci et le pubis.

L'intestin peut comme dans les cas de Lawson Tait, Terrillon, ne pas être décélable à cause de son aplatissement contre la paroi, et certains kystes très volumieux, plongeant dans la cavité pelvienne, ne permettent pas de constater cette zone de sonorité au dessus du pubis.

Rasch conseille dans ces cas d'examiner les malades le bassin élevé.

On doit avoir grand soin, de limiter cette matité et de la différencier avec celle que fournissent le foie et la rate.

On doit de même s'assurer avec le plus grand soin de la liberté du bassin.

Les urines sont ordinairement claires et abondantes sans albumine

Il n'y a pas d'ascite.

PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX

1^o état général. — Le facies est souvent profondément altéré, et à la période des crises douloureuses, prend surtout une expression d'angoisse et de souffrance, dès que l'on touche aux téguments abdominaux du malade. Le visage rappelle alors celui de la période douloureuse de la péritonite.

La fièvre n'existe pas quand il n'y a pas infection de la poche. On observe cependant la plupart du temps dans la période aiguë un léger mouvement fébrile. Le pouls est un peu plus fréquent.

Il y a fréquemment céphalalgie.

2° *Phénomènes réflexes et à distance* — Il y a souvent des nausées, des vomissements du météorisme. Ces phénomènes lorsqu'ils existent s'accompagnent ordinairement de fièvre intense, et doivent être mis sur le compte d'une gêne apportée par la tumeur au bon fonctionnement de l'intestin.

Le plus ordinairement cet état s'accompagne de diarrhée profuse qui n'est pas sans affaiblir considérablement les malades.

Le reste du temps la constipation est habituelle.

Il y a très souvent de la rétention urinaire au moment des crises. A la suite des accès douloureux la jeune opérée de Solman conservait un certain temps un incessant besoin d'uriner.

Dans l'observation d'Unjenine, il est signalé quelques particularités qui ne nous semblent point relever de l'affection qui nous occupe.

La malade une jeune femme, éprouvait 2 ans avant l'apparition de sa tumeur de violentes douleurs pendant le coït. A ce même moment, les règles étaient suivies de pertes blanches; puis il y eut à deux reprises différentes des douleurs atrocesant la miction pend et de fréquents besoins d'uriner.

Les règles devinrent irrégulière vers la même époque. Lors que les menstrues se montraient, la femme souffrait beaucoup surtout à la fin de la période, et perdait énormément.

Nous croyons qu'il s'agit bien d'un certain degré de métrite et de blennorrhagie.

Pendant les souffrances, le patient pousse des cris violents, se roule sur son lit. Il est extrêmement agité et trouve difficilement une position à sa convenance.

Il est pâle, couvert de sueurs et si les souffrances sont très vives, il se produit un vif état de surexcitation.

La position horizontale sur le dos, exaspère souvent la douleur.

Dans les cas de Demons de Bordeaux, où l'on a eu à faire à un kyste chyleux et sanguin, il n'y avait ni vomissements ni constipation ; l'appétit était conservé les selles normales. On a noté de la difficulté pour uriner, une dyspnée assez vive et des crises d'étouffement. Le cœur était sain.

DIAGNOSTIC

Il serait erroné de poser en principe que le diagnostic du kyste chyleux du mésentère est aujourd'hui impossible à poser. Nous pouvons citer l'exemple de M. Tillaux, qui à plusieurs reprises, par le seul examen des caractères de la tumeur a posé d'une façon ferme, le diagnostic de kyste du mésentère.

L'attention des chirurgiens est aujourd'hui suffisamment attirée vers la pathologie du mésentère pour que l'esprit ne soit pas immédiatement mis en éveil à la seule palpation d'une tumeur mobile de l'abdomen.

Ce qu'il faut bien savoir c'est que toutes les difficultés ne peuvent être levées que par l'analyse minutieuse des symptômes et des renseignements fournis par le malade.

Nous le répétons encore il n'y a point de signes pathognomoniques de l'affection et le seul complexe clinique est caractéristique.

Les signes cardinaux des kystes chyleux du mésentère sont

constitués, rappelons le, par l'existence d'une tumeur à marche insidieuse au début, amenant tôt ou tard des douleurs plus ou moins violentes. L'accroissement de cette tumeur se fait par saccades, si l'on nous permet cette expression. Ces poussées dans l'augmentation des diamètres de la tumeur, s'accompagnent de véritables crises douloureuses. Le maximum des douleurs s'observe vers l'ombilic.

Il suffit très souvent d'un traumatisme pour provoquer ces manifestations.

La tumeur constituée est bien lisse, dure, rénitente et fluctuante. La forme est ordinairement sphérique.

Grande est sa mobilité. De son siège situé ordinairement à gauche et un peu au dessous de l'ombilic, on peut entraîner le kyste dans toutes les directions. Il est surtout mobile dans le sens latéral et aussi de haut en bas.

Cette mobilité est presque caractéristique.

La percussion donne des résultats sujets à caution. La matité s'obtient lorsque la tumeur peut être amenée à fleur de peau, mais la plus part du temps les anses qui la sillonnent fournissent de la sonorité.

La constipation est habituelle dans l'affection. En outre, les symptômes de compression ou de fausse occlusion intestinale suffiraient à faire penser à l'affection. Le cas de Tillaux a été opéré pour une occlusion.

Il faut pouvoir faire le diagnostic aux diverses périodes de l'affection.

Lorsque la tumeur n'a pas encore été trouvée ou qu'elle n'est que difficilement appréciable, les douleurs pourront faire penser à des crises d'hystérie ou à des crises d'ataxie locomotrice.

On pourrait également songer à des douleurs de *coliques hépatiques*, à une *névralgie lombo abdominale*, à de la *néphralgie* ou à une *néphralgie vésicale*.

On devra aussi penser à une *hydronéphrose intermittente* à sa première période.

La colique néphrétique avec son cortège symptomatique ne saurait longtemps en imposer.

Nous ne discuterons pas le diagnostic de ces diverses affections dont les symptômes sont bien connus.

Lorsque la tumeur est bien manifeste le seul aspect de l'abdomen agrandi dans ses diamètres pourra faire croire à une *grossesse*, si le malade est une femme, et surtout s'il y a des troubles de sa menstruation. La non existence de ces troubles n'a pas empêché le plus grand nombre des médecins de porter autrefois le diagnostic de *grossesse pathologique*.

Un examen même rapide, suffira à éviter l'erreur. Il suffira de pratiquer le toucher combiné à la palpation abdominale pour s'assurer de la parfaite indépendance de la production kystique.

Ajoutez à cela les autres signes bien connus de grossesse et vous ne vous attarderez pas longtemps dans cette fausse interprétation.

L'hydronéphrose classique et surtout *l'hydronéphrose intermittente* si magistralement étudiée par Terrier et Beaudouin, pourront prêter à confusion, cette dernière étant la plupart du temps la conséquence d'une ectopie rénale.

Dans l'hydronéphrose, la tumeur présente tous les caractères des tumeur du rein. Siège lombo-abdominal, mobilité quelquefois considérable, ballotement, indolence à la pression; sonorité antérieure, disparaissant quand la tumeur at-

teint un gros volume. Les deux caractères les plus saillants de cette tumeur sont : son siège franchement abdominal et sa fluctuation.

La mobilité n'existe pas, à moins que le rein hydronéphrotique ne soit mobile.

La forme intermittente se caractérise par deux symptômes : Douleurs et accroissement de la tuméfaction ; sensation de soulagement et débâcles urinaires. Les accès fébriles qui accompagnent les poussées de tuméfaction sont dus à des poussées de pyonéphrose. On assiste dans cette affection à de véritables apparitions et disparitions subites de la tumeur.

Le rein mobile simple ou compliqué pourra prêter à confusion.

Ordinairement la tumeur sentie paraît un peu plus grosse qu'un rein normal.

Elle se déplace spontanément et avec les mouvements respiratoires. Mobilisable dans une étendue variable, elle l'est en général des fausses côtes à l'ombilic, mais on peut la voir passer d'un côté à l'autre de la ligne médiane, et se laisser déplacer du pli de l'aîne jusqu'aux côtes.

Le caractère principal de cette tumeur est d'être réductible dans la fosse-lombaire ; elle fuit entre les deux mains ouvertes en haut, et disparaît complètement.

La percussion fait entendre une sonorité intestinale très-nette à la face antérieure de la tumeur.

Si la tumeur est volumineuse, qu'elle remplisse plus ou moins l'abdomen, son siège et sa fluctuation, sa matité antérieure, feront croire à un *kyste de l'ovaire*. C'est l'erreur la plus fréquemment commise. Mais les kystes de l'ovaire, ont avec les organes génitaux internes, des connexions que le

toucher combiné à la palpation feront apprécier. Si un pédicule très long leur permet de grands déplacements au milieu des anses intestinales sonores, on essaiera de limiter l'étendue de la course permise, en attirant la tumeur dans tous les sens, et on s'apercevra bientôt qu'elle est fixée à la partie inférieure de l'abdomen. La ponction, l'examen du liquide si particulier des kystes ovariens lèveraient tous les doutes.

Le diagnostic est particulièrement difficile avec *les kystes du pancréas*.

Le diabète est rare dans ces kystes. On l'observe cependant et il est suivi d'un amaigrissement rapide.

On constate quelquefois la stéorrhée ou apparition de selles graisseuses, mais ce n'est pas là un symptôme constant.

La diarrhée simple s'observe fréquemment.

La tumeur est lisse, arrondie, sans bosselures et peu mobile, de consistance élastique ou franchement fluctuante.

L'absence de mobilité est en faveur de kyste du pancréas. Mikowski a proposé un moyen d'exploration qu'on ne devra point négliger : sous l'influence de la distention de l'estomac et de l'intestin, les tumeurs abdominales tendent à regagner le siège normalement occupé par l'organe qu'elles ont envahi, après avoir déterminé par un schéma, la position de la tumeur ou fait avaler au malade du bicarbonate de soude et de l'acide tartrique en quantité suffisante pour amener la distention de l'estomac ; on note sur le schéma le déplacement de la tumeur.

On opère de même sur le gros intestin en le remplissant de 2 ou 3 litres d'eau.

Dans le cours de ces manœuvres, les kystes pancréatiques gardent leur place primitive. Les tumeurs du rein sont déplacées par l'inspection.

Les tumeurs de la rate, avec leur situation ordinairement fixe et profonde, leur localisation spéciale ne saurait longtemps faire faire fausse route.

Quant à *la vésicule biliaire distendue, aux kystes hydatiques* de la face inférieure du foie, ou *aux lobes flottant* de cet organe, on les distinguera par les caractères de continuité qu'ils présentent avec l'organe hépatique.

Certains *cancers du colon* rappellent vaguement par leur forme, leurs connexions, un kyste du mésentère. Ils en diffèrent par leur sonorité constante. Ils s'accompagnent d'hémorrhagies intestinales et d'accidents d'occlusion.

Les tumeurs de l'épiploon sont fort difficiles à distinguer. Elles donnent elles aussi une matité antérieure, et leur mobilité est limitée en bas.

Nous ne citerons que pour mémoire *les tumeurs de la paroi* qui sont immobilisées par la contraction musculaire et donnent une matité plus superficielle.

PRONOSTIC.

Pour nous l'hésitation ne doit pas être admise. Lorsqu'on se croit en présence d'un kyste chyleux du mésentère il faut opérer au plus vite.

Attendre un certain temps, voir venir en un mot, constitue une pratique déplorable.

Le kyste augmentera de volume pendant cette période d'hésitation. Il aura le temps de se fixer aux organes voisins pour des adhérences plus ou moins solides. Sa vascularisation augmentera, et tout cela n'est fait que pour rendre plus difficile

une opération qui aurait peut être présenté peu de difficultés quelque temps auparavant.

Enfin, et c'est là ce qui doit faire adopter au plus vite une décision radicale, tous les kystes chyleux qui ont été abandonnés à eux mêmes ont été suivis de mort.

Trombetta n'hésite pas à le reconnaître. Les divers empêchements qui ont fait reporter de jour en jour une intervention jusqu'ici nécessaire, ont été la cause certaine de la mort de sa malade, une fillette de 10 ans qui aurait très probablement guéri.

De fortes douleurs abdominales, des vomissements de matières jaunâtres, sans défécation depuis un certain temps, entraînèrent un abaissement de la température, un état de dépression avec collapsus final, qui finalement aboutirent à la mort,

Des signes de péritonite générale furent trouvés à l'autopsie.

De même la mort du malade autopsiée par Hlava de Pragues doit être mise sur le compte du défaut d'intervention. Son patient est mort d'inanition.

On trouva en effet un kyste du volume d'une pomme, à la réunion de la partie horizontale avec la partie descendante du duodénum. Cette tumeur occasionnait un rétrécissement de l'intestin à ce niveau en même temps qu'une dilatation de la portion sus jacente, dilatation qui intéressait aussi l'estomac.

Il eut été facile de libérer l'intestin et de fournir un libre cours aux matières par une opération opportune.

En un mot pour nous résumer, nous pensons que le pronostic est fatal si le chirurgien n'intervient pas, et qu'au con-

traire, l'affection doit se terminer par la guérison, dans le cas où l'on prendra une décision rapide et énergique.

TRAITEMENT.

Quelle conduite doit-on tenir en présence d'une tumeur abdominale dont l'origine mésentérique est à peu près certaine?

1^o. Doit-on faire une ponction exploratrice, évacuer le contenu du kyste, et borner là l'intervention ?

La ponction exploratrice serait certainement le seul moyen d'éclairer le diagnostic d'une façon certaine. A la vue du liquide chyleux on ne pourrait hésiter sur la nature du kyste. Mais cette manœuvre ne présente-t-elle point de dangers ? Bianchi fait remarquer qu'on s'expose à blesser l'intestin souvent interposé. Il dit encore qu'on peut piquer quelque vaisseau important ou bien produire une légère péritonite qui entraînera la formation d'adhérences.

Carson, n'a pas hésité à appliquer un aspirateur dans le cas qu'il a traité. Il a fait ensuite la laparotomie.

Nous ne pensons pas que la ponction soit dangereuse lorsqu'on introduit le trocart, au point culminant de la matité.

Nous n'ignorons pas que quelques succès doivent être mis sur le compte de la fonction exploratrice suivit de l'évacuation complète du liquide. Mais cette opération n'a pas été souvent dirigée à notre connaissance, contre les kystes chyleux. M. Tillaux a guéri par la ponction un kyste séreux, M. Panas un kyste hydatique.

Bristowe en 1883 a eu raison par le même procédé d'un kyste sanguin. Même succès obtenu par Menziès la même an-

née et dans un cas semblable. Spencer Wells a vu sa malade mourir après la ponction. D'un autre côté M. Terrillon et Lawson Tait, n'hésitent point à dire que dans les cas qui leurs sont particuliers, et où ils se sont trouvés en présence d'une matité parfaite fournie par la tumeur, ils auraient certainement causé la mort de leurs malades en les ponctionnant.

Les kystes, au point même où aurait été appliqué le trocart, se trouvaient recouverts par des anses intestinales aplaties et tassées qui ne fournissaient point de sonorité.

En outre les statistiques démontrent combien la récidive devient facile avec la ponction. En effet, sur 26 kystes du mésentère traités par la ponction il y a eu :

8 guérisons — 1 mort — 17 récidives.

A la ponction nous préférons de beaucoup l'incision exploratrice qui tend de plus en plus aujourd'hui à entrer dans la pratique courante, et qui ne fait courir aucun danger au malade. La laparotomie exploratrice a de plus cet avantage qu'elle permet de procéder aussitôt à la cure radicale de la tumeur.

Doit-on pratiquer la marsupialisation de la poche ? Bianchi recommande l'incision du sac kystique, et la suture de ses bords à ceux de la plaie abdominale.

Il s'appuie pour la recommander sur la longueur des manœuvres dans les cas d'extirpation totale, sur les grands délabrements dont le mésentère est l'objet et qui compromettent la vitalité de l'intestin.

La conduite préconisée par Bianchi a été suivie par Mendes de Léon. La guérison fut parfaite au bout de quatre semaines.

Von Bergmann lui aussi a suturé le kyste incisé à la paroi.

Il a mis deux gros drains et a vu son malade complètement guéri au bout de 5 semaines.

Enfin la statistique donnée par Bianchi en 1891 semble être en faveur de la marsupialisation. Sur 22 opérés on a eu 19 guérisons, 2 morts et une récurrence.

Il est évident que ces résultats sont encourageants et que cette opération devra être faite toute les fois que le volume du kyste, sa vascularisation trop abondante, des adhérences multiples rendront la décortication impossible.

On devra la préférer carrément à la ponction.

Mais est ce à dire que la décortication doivent être abandonnée.

Décortication du kyste. — D'après nous la décortication doit être considérée comme l'opération de choix.

C'est l'intervention radicale par excellence et ses succès ne se comptent plus.

La difficulté d'opération est grande peut-être, mais entre les mains de chirurgiens expérimentés elle donne des résultats merveilleux.

Ne voyons nous pas Tillaux, Tuffier pratiquer cette énucléation du kyste sans faire courir aucun danger à leur malade, et sans qu'aucun vaisseau bien important soit lésé. Tuffier n'a eu que quelques pinces à mettre sur les veines du mésentère.

D'ailleurs, on ne doit pas s'exagérer outre mesure la crainte de quelques sections vasculaires et l'exemple de Buchner s'il ne doit pas être imité est là pour nous rassurer néanmoins.

Ce chirurgien au cours de l'extirpation se vit obligé de cou-

per et de lier successivement de grosses branches des artères mesentériques sup. et moy. Il n'en résulta rien de fâcheux pour l'intestin. Disons pour garder la stricte impartialité, que Kuster voulant procéder malgré de fortes adhérences à une décortication totale, blessa l'intestin et la malade mourut le lendemain de péritonite septique. Nous ferons d'autre part à la marsupialisation le reproche d'immobiliser le malade pendant un temps assez considérable, et de donner quelquefois lieu à des suppurations interminables.

D'autre part la marsupialisation ne peut pas être considérée comme une opération sans danger, et nous fournissons à l'appui de notre dire, le cas de Löhlein, qui ayant pratiqué cette opération, se vit obligé d'en refaire une nouvelle neuf semaines après, par ce que la malade présentait des symptômes d'occlusion intestinale. Il s'était formé entre l'intestin et le sac fixé à la paroi, une série d'adhérence, qui le forcèrent à pratiquer à nouveau la laparotomie, à détacher le sac et les adhérences, et à abandonner la poche dans la cavité abdominale.

En somme, on doit toujours essayer l'énucléation. Si la chose paraît impossible, on doit imiter la conduite de Goggans et procéder immédiatement à la suture des bords de la plaie du kyste, au bords correspondants de l'ouverture abdominale.

•

OBSERVATION II. — *Kyste chyleux du mésentère. — Ponction. — Récidive* (Résumé).

Winiwater a trouvé chez un enfant débile, âgé de 4 mois, une grosse tumeur de l'hypochondre droit. Il en retira, en plusieurs fois, 6 pintes environ (3 lit. 40) de liquide laiteux. Il l'attribua à l'obstruction du canal thoracique.

(WINIWATER. Mitheil. d. Rudolph's Hosp. Jahresberichte II, 321).

OBSERVATION III. — *Kyste multiloculaire à contenu chyleux et séreux. — Autopsie.* (Résumé).

Enfant de 4 mois, entré à l'hôpital pour impetigo du cuir chevelu, est pris de *diarrhée* jaune abondante avec *fièvre*. Cinq jours après son entrée, vomissements. Ventre ballonné, douloureux, face grippée, pouls petit, respiration anxieuse. Mort dans l'après-midi.

A l'ouverture de l'abdomen, fausses membranes. Sérosité sanguinolente. Les circonvolutions intestinales inférieures sont rouges, la muqueuse enflammée. On trouve deux petites ulcérations au milieu de l'intestin. Au milieu de la région ombilicale, on constate deux poches faisant saillie au-dessus des circonvolutions intestinales et contenant un liquide séreux, blanchâtre. Les deux poches sont une sorte de kyste développé entre les deux feuillets du péritoine et paraissant, au premier abord, formées d'une seule cavité. Ce kyste, comprimé par l'intestin, vient faire saillie sur chacun des côtés de l'anse intestinale à laquelle il correspond. Après avoir enlevé la portion d'intestin et du mésentère à laquelle il répond, on constate qu'un liquide séreux et blanchâtre est contenu dans le mésentère et que la poche est formée par la réunion de plusieurs cellules, ne communiquant pas entre elles. Deux ou trois contiennent de la sérosité citrine ; les autres, un liquide blanchâtre lactescent. Ce kyste s'est développé dans les mailles du tissu cellulaire, séparant les deux feuillets du mésentère. Il est formé par des cloisons multiples, indépendantes, et ne renfermant pas toutes un liquide de même aspect.

(DUCASSET. *Soc. anat.*, 1848).

OBSERVATION IV. — *Kystes chyleux du mésentère. — Autopsie.*
(Résumé).

Chez un homme de 36 ans, on trouva à l'autopsie plusieurs petits kystes, à parois épaisses, à contenu blanc jaunâtre. En plus, on trouva un gros kyste lobulé, du volume de la tête d'un enfant, renfermant un tissu laiteux, légèrement rosé. On y trouvait quelques caillots glutineux, rougeâtres et noirs. L'examen de la paroi démontre qu'elle était formée aux dépens des glandes mésentériques.

(ROKITANSKY. — *Lehrb. der pathol. anatom.*, 3^e édit.),

OBSERVATION V. — WEICHELBAUM. *Une forme rare de tumeur du mésentère.*

Chylangiome caverneux. Je décris sous ce nom une tumeur que j'ai trouvée chez un homme de 80 ans, mort de scorbut et de pneumonie. Elle était située entre les feuillets graisseux du mésentère de l'iléon supérieur. Cette tumeur était plus grosse que le plat de la main, épaisse de 3 à 4 cent. ressemblant à un lipome, et ne se distinguant pas très nettement du tissu graisseux environnant. A la coupe de la tumeur, un liquide bien blanc, laiteux s'échappa comme des pores d'une éponge. On constata que la tumeur se composait bien de tissu graisseux ; mais, ce dernier était creusé de nombreuses cavités de différentes grandeurs et de formes différentes, qui contenaient le liquide laiteux. A la partie centrale, les cavités étaient très nombreuses et voisines les unes des autres, — à la périphérie, le tissu graisseux dominait et les cavités étaient très rares. Ces cavités formaient la plus grande partie de la tumeur et s'anastomosaient fréquemment entre elles. Elles variaient depuis un volume muscardine jusqu'à celui d'une noisette et au-delà. Les cavités visibles à l'œil ne sont pas arrondies régulièrement, mais ont la forme de fentes ou présentent des échancrures multiples. Les cavités microscopiques sont également rarement rondes, mais se composent ordinairement de petites fentes étroites. Les cavités ont une paroi propre très

délicate dans les petites, quelques grandes cavités possèdent une paroi allant jusqu'à l'épaisseur de un millimètre. Cette paroi est blanchâtre ou jaune brun. La partie interne de ces grandes cavités a un aspect réticulé. Le tissu conjonctif dont est formée la paroi, s'échappe de là en fines franges ou trabécules. On voit de plus les ouvertures des communications avec les cavités voisines.

La paroi est formée de faisceaux parallèles, droits ou légèrement recourbés qui enferment entre eux des corpuscules du tissu conjonctif. Dans les cavités à paroi épaisse, on trouve au milieu des éléments conjonctifs quelques fibres musculaires lisses. Dans quelques cavités, la paroi est très-mince, composée de une ou deux couches de tissu conjonctif ; dans d'autres elle paraît fasciculée ; en d'autres, elle paraît manquer totalement, si bien que la cavité est absolument en contact avec le tissu adipeux.

Dans les grandes cavités, je n'ai pas trouvé d'endothélium, dans les petites cavités on voit une sorte d'endothélium sous la forme de petites cellules étroites fusiformes.

Les anastomoses des cavités entre elles se voient à l'œil nu, malgré cela des injections ont mis ce fait hors de doute.

Comme je l'ai dit au début, il y a du tissu adipeux dans cette tumeur, surtout à la périphérie.

Ce tissu est accompagné de tissu conjonctif, qui prédomine même en certains points. Ce tissu conjonctif est riche en pigment brun ou jaune brun, qui apparaît tantôt en grains fins, tantôt grossiers, et qui se dispose en groupes arrondis ou fusiformes. Ce pigment accompagne le tissu conjonctif jusque dans ses fins prolongements où il forme des figures angulaires ou étoilées. On voit ça et là dans le tissu conjonctif quelques artères à parois épaisses, d'autres artères paraissent comme comprimées, même oblitérées et leur lumière est comblée de tissu conjonctif de nouvelle formation. Le pigment est en relation nette avec l'oblitération de quelques vaisseaux. Ces vaisseaux ont été comprimés par la distension des tissus au moment de la formation des cavités.

Après avoir bien examiné la tumeur, je trouvai à la périphérie quelques parties dont la structure pouvait nous éclairer sur la présence des cavités dans le tissu adipeux, dans le lipome. Il y avait dans le tissu

graisseux de petites places, du volume d'un pois, jaunâtres, qui, à l'œil nu, semblaient constituées de tissu conjonctif solide; à l'examen microscopique, on put voir que ces points se composaient, en grande partie, d'un amas de cellules rondes, plongées dans une substance fondamentale réticulée: dans les points où sont ces amas de cellules rondes, les cellules forment des groupes analogues aux follicules lymphatiques, revêtus d'une capsule de faisceaux conjonctifs parallèles. A la surface interne de cette capsule on voit une couche de cellules fusiformes. De la surface externe partent des prolongements plus ou moins larges qui vont dans le tissu adipeux voisin.

Quand plusieurs groupes semblables analogues à des follicules se trouvent voisins, ils peuvent se fondre totalement ou en partie en un seul. Dans les points où les cellules rondes ne sont pas serrées on ne voit pas de cavités, mais où le tissu de cellules arrondies a pris un grand développement, nous voyons ce tissu parsemé de trous et de cavités. Ces cavités apparaissent limitées par un contour dentelé, échancré qui fait penser aux capillaires lymphatiques que Kolliker a décrits dans la queue des larves des batraciens. Les fentes les plus étroites ont à peine le diamètre d'un corpuscule de la lymphe, les plus larges ont à peine le diamètre de deux à trois cellules lymphatiques. Par côtés elles présentent des échancrures ou des prolongements qui, ou se terminent en pointes, ou servent d'anastomose avec des cavités voisines.

Ces prolongements ne sont pas toujours borgnes, mais en certains points, ils ont l'air de se terminer sans délimitation nette dans les espaces intercellulaires. (d. v. la fig.) — On voit encore quelques grosses cellules, angulaires ou étoilées avec noyaux arrondis ou bien des cavités qui, tantôt sont encore isolées; tantôt sont en communication avec les grandes cavités. Les cavités étroites ou larges laissent voir une paroi propre: elles sont bien séparées du tissu ambiant par un contour noir et des noyaux fusiformes, qui ont l'apparence d'un endothélium. Dans maintes fentes fines on voit la paroi formée seulement par des noyaux fusiformes. Dans les grandes cavités le contour de la paroi n'est plus simple, mais se compose de deux ou plusieurs cercles de faisceaux fins conjonctifs; la structure de leur paroi se rapproche donc déjà de la paroi des cavités que nous avons vues dans les autres portions de la tumeur.

Le liquide laiteux soumis à l'examen microscopique et chimique à tout à fait les propriétés physiques du lait. Il est composé de molécules petites animées de mouvements. De plus, des éléments plus rares, mais plus gros, sphériques, qui se laissent reconnaître pour être de petites vésicules adipeuses; enfin quelques plus volumineuses vésicules de graisse. Sur les préparations fraîches on ne trouva pas de corpuscules lymphatiques, mais on en trouva dans les cavités des préparations durcies.

L'examen chimique du professeur Schneider donna les résultats suivants : Liquide à réaction alcaline, renfermant une petite quantité d'éléments donnant un précipité cailleboté d'albumine. On remarque les réactions ordinaires du chyle. Après examen microscopique et chimique nous n'avons plus de doutes, notre liquide contenu dans les cavités est du chyle.

Si l'on jette un regard sur la description de la tumeur, on ne doit pas hésiter un instant à décrire ces cavités de la tumeur comme des espaces caverneux. Leur forme est absolument celle des espaces caverneux des tumeurs sanguines, même structure, même endothélium. Ce ne sont pas des cavités kystiques provenant de liquéfaction du tissu adipeux ou de l'atrophie de la paroi des cellules adipeuses : nos cavités ne sont pas régulières comme celles du kyste. Il ne s'agit pas non plus d'une dilatation variqueuse des vaisseaux chylifères, car, les cavités les plus jeunes n'ont pas du tout la structure des vaisseaux chylifères. J'appelle cette tumeur une tumeur caverneuse, et comme le contenu est du chyle, je dis chylangiome caverneux.

Comme les vaisseaux chylifères font partie du système lymphatique, il va de soi que la tumeur peut aussi être nommée lymphangiome caverneux. Je veux, par le mot chylangiome indiquer le contenu.

Au début, la tumeur était probablement un lipome, dans lequel le tissu caverneux s'est développé plus tard.

OBSERVATION VI. Adéno-lymphocèle. Service de Le Dentu. *Société anatomique*, 1876.

Marguerite G..., 70 ans, morte de cystite purulente.

Sur la face droite du mésentère, dans l'angle de réunion avec le feuillet inférieur du méso-colon transverse près de l'insertion vertébrale, on trouve une poche liquide blanc de lait, de la grosseur d'un œuf de poule. Enucléation facile à cause du tissu cellulaire lâche environnant. Pas trace de vaisseaux lymphatiques dans le voisinage aboutissant à la poche. Ce canal thoracique est normal.

Pas de tumeurs lymphatiques des ganglions.

Le liquide est semblable à du lait qui s'écoule incomplètement comme étant contenu dans des poches différentes.

On en recueille environ 50 grammes par des ouvertures multiples.

Les parois de la poche sont minces, transparentes.

La cavité est divisée en loges multiples par des cloisons incomplètes circonscrivant des aréoles irrégulières sur les parois desquelles s'ouvrent des loges plus petites.

Liquide homogène, fluide.

Au microscope, granulations extrêmement fines, toutes de même volume, de nature graisseuse.

Aucune trace d'éléments figurés quelconques.

OBSERVATION VII. — Kyste de mésentère. Laparatomie. Lésion de l'intestin. Mort de péritonite (*Chirur. Trienn.*, 1876-1878, Berlin, 1882.)

Augustine Marquart, demoiselle de magasin, entrée à l'hôpital le 29 janvier 1877, prétend n'avoir eu d'autres maladies que celles habituelles à l'enfance, elle a conservé une certaine faiblesse des reins et de la jambe gauche, qui devient trainante, surtout par la fatigue. Elle n'accuse d'ailleurs aucune douleur dans cette jambe.

Les règles apparurent pour la première fois dans sa quatorzième année et sont revenues depuis régulièrement.

Le 4 janvier 1877, la malade remarquait, juste en même temps qu'apparaissaient ses règles, une grosseur dans le ventre dure, profonde, au-dessous de l'ombilic. Cette même grosseur n'a pas changé sensiblement depuis. Elle n'est pas seulement douloureuse par la pression, mais elle l'est spontanément, principalement quand le ventre se tend; à ce point que la malade est réduite à garder le lit et demande à cor et à cri à ne pas être bougée pour ne pas perdre sa position.

La grosseur fait une proéminence sensible au-dessous du nombril; elle est comprimée, mais elle n'est pas située dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Elle est mobile, surtout de bas en haut et de haut en bas; de la grosseur d'une tête d'enfant, ronde, elle présente une fluctuation sensible et est en même temps douloureuse. La paroi abdominale n'a pas changé d'aspect au niveau de la tumeur. On ne sent pas la colonne vertébrale.

L'examen du vagin et de l'utérus ne donne aucune solution.

Le 27 février. — Avant son admission, il fut fait une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz: il en sortit un liquide ressemblant d'une façon frappante à du lait.

Le 3 janvier. — La tumeur fut de nouveau ponctionnée, il en sortit plus d'un plein verre de liquide d'apparence douteuse, après quoi la tumeur s'évanouit entièrement.

Ce liquide aspiré était au passage blanc comme du lait, opaque, d'une faible et douce odeur, rappelant celle du lait de la noix de coco.

La réaction chimique est neutre, le liquide se caille par la cuisson et par l'addition de l'acide nitrique sans s'éclaircir. L'examen entrepris par M. Lalkonski donne: albumine: 7, 34 pour 100, et 5, 94 pour 100 de masse et de cholestérine. L'examen microscopique montra une masse énorme de gouttelettes de graisse. A côté, on découvrit seulement, clairsemées dans une zone grasseuse, des cellules épithéliales, et ça et là un corpuscule blanc du sang.

Après cette découverte, il ne pouvait s'agir que d'un kyste. Mais quel en était le siège? La position de la tumeur parlait contre un kyste de l'ovaire. Mais en réalité quel en est le siège? Je ne saurais le soupçonner.

Le liquide aspiré se rassemblait de nouveau, la tumeur devint aussi douloureuse qu'avant, la patiente réclamait une prompt solution.

10 février 1877. — Laparotomie.

Après l'incision de la paroi abdominale, sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, il se présente une tumeur en forme de boule qui semble comprise entre les deux feuillets du mésentère. L'intestin grêle était refoulé de côté et entouré d'une couenne épaisse cicatricielle.

En outre de cela, la tumeur était recouverte par l'épiploon et lui était solidement adhérente.

Malgré ces rapports défavorables, je résolus l'extirpation. L'épiploon ne se laissant pas détacher, je l'incisai de haut en bas. Il se présenta alors un sac blanchâtre, entouré d'une couenne épaisse. Le sac avec l'intestin y attaché fut attiré dans la plaie abdominale et ouvert : alors commença une pénible et difficile opération, pendant laquelle plusieurs anses intestinales sur une grande étendue durent être détachées par des incisions profondes, afin de les détacher entièrement de leur mésentère,

Le sac touchait presque à la colonne vertébrale. Après un travail de plus d'une heure, la tumeur put être enfin éloignée, l'opération semblait réussie.

Après avoir renouvelé la désinfection du lieu de l'opération, l'intestin libre du mésentère fut reposé, la blessure du ventre refermée, et pansée par la méthode antiseptique. Déjà le soir apparaissent les symptômes d'une péritonite septique. La malade décline rapidement. Mort le 11 février au matin, 18 heures après l'opération.

L'autopsie montre l'existence d'une ouverture dans une anse d'intestin qui m'était malheureusement restée inconnue. Peut-être avec une plus grande attention de ma part, la patiente eût-elle été sauvée. Le sac extirpé avait une paroi couenneuse épaissie d'à peu près un centimètre et une surface intérieure lisse de même dimension. L'examen microscopique, malheureusement trop rapide, ne donna pas le temps de juger ce cas si intéressant et si rare. Le sac fibreux était à l'intérieur tapissé d'un épithélium pavimenteux. On ne trouve pas de poils.

OBSERVATION VIII. — SABOURIN

Marguerite G... 70 ans, morte de cystite purulente, salle Saint-Michel, 8, Salpêtrière, service de M. Le Dentu.

Sur la face droite du mésentère, dans l'angle de réunion avec le feuillet inférieur du mésocolon transverse, tout près de l'insertion vertébrale, on trouve une poche liquide de couleur blanc de lait, de la grosseur d'un œuf de poule entourée d'un tissu cellulaire très-lâche, qui permet son énucléation facile; on ne trouve dans le voisinage aucune trace de vaisseau lymphatique dilaté aboutissant à la poche; on cherche le canal thoracique qu'on suit dans toute son étendue, il est parfaitement normal. Aucun des sièges des ganglions lymphatiques ne présente de tumeur. La poche ouverte donne issue à un liquide absolument semblable à du lait, qui s'écoule incomplètement comme s'il était contenu dans des poches isolées; par des ouvertures multiples, on en recueille environ 30 gr.

La tumeur est disséquée: les parois sont minces, transparentes, la cavité est divisée en loges multiples par des cloisons incomplètes, circonscrivant des auréoles irrégulières, sur les parois desquelles s'ouvrent des loges plus petites; c'est tout-à-fait l'aspect de la trame des tumeurs carcinomateuses. Le liquide est parfaitement homogène, demeure fluide; au microscope, il présente seulement des granulations extrêmement fines, toutes de même volume, que l'on reconnaît être de nature grasseuse, en les traitant par l'éther. Avec cela, quelques rares globules rouges venant évidemment de ruptures vasculaires, mais aucune trace d'éléments figurés quelconques.

OBSERVATION IX. — (Résumée). Extirpation d'un kyste du mésentère. Guérison. Par Werth., *Arch. de Gynécologie*, Berlin, 1880, 321, 328.

Au mois de juillet de l'année dernière j'enlevai par la laparotomie un kyste du mésentère de l'intestin grêle, gros comme une tête d'enfant. Trois mois auparavant la patiente avait découvert la tumeur à l'occasion d'une violente attaque de colique. De semblables accidents s'étaient renouvelés souvent spécialement au moment des repas, et à l'occasion des mouvements corporels. La fièvre ne durait pas lors de l'entrée de la malade à la clinique; l'état de la nutrition et des forces était diminué.

La tumeur siégeait à ce moment sur l'entrée du bassin et était extrê-

mement mobile. L'utérus n'avait aucune connexion avec elle, les ovaires eux-mêmes étaient tous les deux dans le bassin.

Aussitôt après les recherches exécutées dans le sommeil chloroformique, apparurent des douleurs intestinales dans le ventre, avec prépondérance dans la région ombilicale. En même temps on trouvait la tumeur engagée dans le petit bassin, dans une partie de son étendue et entourée en avant des circonvolutions intestinales, tandis que préalablement, la paroi abdominale la recouvrait immédiatement. À travers la paroi abdominale, on sentait une corde qui s'étendait à gauche aux environs de la ligne médiane, de la région ombilicale à l'entrée du bassin.

Ces douleurs ne cédèrent pas à des doses élevées de morphine. Ajoutez à cela un dépérissement rapide de forces, pour toutes ces raisons, je proposai la laparotomie, que j'exécutai après conseil de Litzmann.

Voici ce que fournit l'opération, après que l'intestin siégeant en avant eut été repoussé vers le haut. On rencontra à gauche de la colonne vertébrale une corde solidement tendue qui supporte la tumeur engagée peu fortement dans la partie supérieure de la cavité du petit bassin et est représentée par la racine du mésentère.

La tumeur s'élève d'un segment du mésentère appartenant à une circonvolution de l'intestin grêle, est enveloppée par l'un des feuilletts du mésentère, tandis que l'autre lame figure certainement la base par laquelle s'élève la tumeur.

La circonvolution intestinale qui en dépend entoure la plus grande partie de la portion de mésentère non dépliée, large de 5 centimètres, à la façon d'une collerette.

Sur le bord libre de la tumeur ronde se trouvait deux petites perforations rondes, desquelles sort, sous formes de bouchon, une masse blanchâtre en bouillie. Le kyste est énucléé, la blessure dans le mésentère, après le redressement de ses bords, est réunie par la suture au catgut.

Après l'isolement parfait du kyste, je trouvais dans le fond de la blessure du mésentère, encore une petite tumeur, dure, charnue, de la grosseur d'une cerise, isolée : probablement un ganglion lymphatique. Il fut de même disséqué, *mais il fut perdu dans l'opération* de telle sorte que sa recherche ne put être complète.

L'opération réussit. La durée de cette guérison fut apyrétique et ne donna lieu à aucun accident digne de remarque.

Dans le contenu du kyste, en bouillie ressemblant à de la craie, se formèrent quand le fluide se fut caillé, en peu de temps, de gros grumeaux d'une bouillie analogue à du mortier: de semblables grumeaux, mais plus petits, avaient déjà été évacués, au moment de l'opération.

L'examen microscopique ne donna, en dehors d'un détritüs albumineux et gras dans le contenu du kyste, aucun élément figuré.

La paroi du kyste est en certains endroits mince et transparente, et présente une texture serrée. Dans sa plus grande partie elle possède une épaisseur de 2 à 4 millimètres, et sur la coupe la structure en est manifestement lamellaire.

Entre ces lamelles nombreuses, enchevêtrées les unes dans les autres, se voient déjà microscopiquement sous forme de fentes des espaces creux (les plus grands s'étendent en surface jusqu'à 5 à 6 millimètres) qui sont remplis d'une matière jaunâtre, friable qui en sort facilement et laisse derrière elle une surface lisse et unie. Comme résultat des recherches microscopiques, je remarque d'abord, que, à aucune place du sac kystique, je n'ai rencontré de cellules épithéliales ni à l'intérieur, ni à l'extérieur de la paroi, l'élément structural prédominant dans la paroi kystique est le tissu conjonctif qui forme une couche épaisse et large. Dans les intervalles s'étendent en nombre variable et parallèlement à la surface supérieure des couches plus minces de tissu conjonctif, qui échangent entre elles des filaments plus larges et forment des fissures, des crevasses. Dans ces dernières se trouvent partout entassées des cellules rondes et polygonales de grosseur variable, la plupart de grosseur visible. Dans toutes, on trouve un noyau petit et rond. La minorité contient un protoplasma granuleux: dans la majorité, ce protoplasma est remplacé plus ou moins par la graisse, qui, en partie, sous forme de granulations très fines, plus souvent en gouttes plus grasses, remplit entièrement le corps des cellules. Les plus grandes cavités situées dans la paroi et remplies par ces cellules sont tantôt non divisées, tantôt partagées par des travées de tissu conjonctif.

Ce système de mailles abrite l'espèce de cellules rondes décrites plus haut. En dedans de la couche moyenne de la paroi du kyste, je trou-

vai à quelques places sur une très petite étendue, et enchevêtré au milieu du réseau, plus volumineux du tissu conjonctif, un tissu lymphatique, c'est-à-dire un tendre et mince réticulum avec quelques cellules rondes dans les intestins.

Plusieurs de ces lamelles moyennes se laissaient séparer en une quantité de couches plus minces dont quelques-unes étaient si minces qu'elles ne pouvaient être examinées qu'à un fort grossissement.

Tantôt on apercevait des cavités, tantôt elles semblaient comme percées à jour sous forme de treillis.

Les mailles de ce treillis étaient en partie vides ; quelques-unes présentaient encore le reste d'un réticulum mince et fragile. La paroi du kyste est parsemée de nombreux vaisseaux.

OBSERVATION X. — SOLMAN

Laya Szmidt, âgée de 20 ans, non mariée, est entrée le 10 Mai 1880 dans la clinique chirurgicale à l'hôpital du St-Esprit.

Pas d'antécédents pathologiques. La malade se plaint d'une tumeur dans la cavité abdominale, tumeur, dont elle ne s'est aperçue que depuis peu, mais lui causant des douleurs depuis plusieurs mois. Elle a été réglée à l'âge de 12 ans ; ses menstruations ont été toujours régulières et ne duraient chaque fois que 3 à 4 jours. Au mois de Janvier de l'année courante, la malade a ressenti pour la première fois des douleurs dans la région ombilicale, surtout dans le bas-ventre, à gauche. Dans les premiers jours du mois de Mars la malade s'est aperçue accidentellement qu'elle portait dans la région mentionnée une tumeur globuleuse, grande comme un petit poing, assez mobile, se laissant déplacer un peu à gauche et à droite de la ligne médiane de l'abdomen sans provoquer de la douleur. La tumeur augmentait lentement, les douleurs devenaient de plus en plus intenses, surtout si la malade se baissait ou si son ventre était en état de réplétion et presque toujours après un repas un peu abondant. 15 jours avant l'arrivée de la malade à l'hôpital, tout d'un coup, sans cause évidente elle fut prise de douleurs intenses dans le ventre et surtout dans le voisinage de sa tumeur, en outre elle avait de la cons-

tipation, de la rétention des urines et de la fièvre. Trois jours après il s'est produit spontanément une amélioration notable: les douleurs ont diminué, reparaissant pourtant si l'on exerçait une pression, même légère, sur la tumeur; les évacuations devinrent normales. Elle conserva cependant une tendance à la constipation, un besoin fréquent d'uriner (presque toutes les heures) et un léger état fébrile.

La malade est de taille moyenne, assez bien constituée, bien nourrie, mais pâle. Sa figure prend l'expression d'angoisse et de souffrance dès que l'on touche ses téguments abdominaux. L'abdomen est assez volumineux et nous constatons dans le bas-ventre, à gauche, une tumeur peu saillante. Le pourtour de l'abdomen à la hauteur de l'ombilic est de 80 centimètres, la distance de l'appendice xyphoïde à l'ombilic est de 17 centimètres, de l'ombilic au pubis 15 centimètres. En bas et à gauche de l'ombilic on sent facilement à travers les téguments assez épais une tumeur, grande comme la tête d'un nouveau-né, ronde, à surface lisse, fortement tendue, manifestement fluctuante. La limite supérieure de la tumeur se trouve à la hauteur de l'ombilic, sa limite inférieure est à deux travers de doigts au-dessus de pubis, à droite la tumeur dépasse un peu la ligne blanche, à gauche elle est à 2 centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure et du ligament de Poupart. Par sa portion inférieure la tumeur s'enfonce dans le petit bassin, ne le remplissant pas entièrement. La percussion de l'abdomen dans le voisinage de la tumeur donne: dans le bas-ventre, à gauche, dans l'endroit correspondant à la plus grande saillie des téguments, sur la ligne allant de l'ombilic vers le milieu du ligament de Poupart, on constate de la matité, sur une surface grande comme la paume de la main; autour de cet endroit et entre la limite inférieure de la tumeur et le pubis la percussion donne un son tympanique.

Le foie et la rate ne sont pas augmentés; ces organes sont séparés de la tumeur par les causes intestinales. On n'arrive pas à avoir une notion exacte sur la mobilité de la tumeur, parce que toutes les tentatives de déplacement de la tumeur provoquent de vives douleurs et une résistance de la malade à l'exploration dans ce sens. Il semble pourtant que la face antérieure de la tumeur est adhérente aux téguments abdominaux.

Il n'y a pas d'épanchement dans la cavité abdominale. L'examen par

le vagin nous fait constater que l'utérus est petit, en rétro-flexion, mobile ; on sent à travers le fond du vagin à gauche le segment inférieur de la tumeur à surface lisse. Il est impossible de déterminer exactement la situation de l'ovaire gauche ; la situation et la grandeur de l'ovaire droit sont normales. L'exploration par la sonde nous fait constater que la vessie est normale et qu'elle est repoussée à droite. Nous ne trouvons pas de modifications appréciables dans d'autres organes viscéraux. L'examen des sécrétions nous apprend qu'elles ne contiennent point d'éléments anormaux. Température du matin 37°, température du soir 38° — 38,5°.

Pouls faible, 76 pulsations. SYMPTOMES subjectifs : douleurs dans le voisinage de la tumeur, surtout à la pression ; tendance à la constipation, envie fréquente d'uriner. En s'appuyant sur les faits observés on peut affirmer qu'il s'agit ici d'un kyste de la cavité abdominale.

Quant au point de départ de ce kyste, deux hypothèses sont admissibles : 1° que c'est un kyste de l'ovaire gauche à pédicule long et probablement contourné, ce qui semble le plus vraisemblable ; 2° que le point de départ de ce kyste est le mésentère ou l'épiploon. Toute autre origine de la tumeur a été exclue.

Le 19 mai le professeur Kosinski procéda à l'opération. Après avoir fait une incision des téguments abdominaux entre l'ombilic et la symphyse pubienne il a constaté que la surface antérieure de la tumeur est adhérente à la paroi abdominale ; cette adhérence n'est pas ancienne et se laisse facilement détruire par la main de l'opérateur ; l'hémorrhagie est peu abondante. Ayant séparé le kyste de la paroi abdominale on examine la situation et les rapports de la tumeur et on constate que cette tumeur n'a aucun rapport avec les organes sexuels, ni avec d'autres se trouvant dans la cavité abdominale, mais qu'elle se trouve dans la région lombaire, qu'elle est entourée par les anses de l'intestin grêle dont la séreuse se continue avec l'enveloppe séreuse de la tumeur, c'est-à-dire que la tumeur, se trouve dans le mésentère. Donc, probablement c'est un kyste du mésentère. Après avoir incisé l'enveloppe séreuse de la tumeur l'opérateur aborda l'énucléation du kyste à l'aide des instruments mousses et des doigts. Pendant cette opération le kyste s'est rompu et laissa échapper son contenu, un liquide épais, lactescent

sans caillots, ressemblant à de la crème. Il s'écoula environ un litre de ce liquide.

Après s'être prémuni à l'aide de serviettes contre l'écoulement du contenu du kyste dans la cavité péritonéale et après avoir fermé l'ouverture de la paroi rompue avec des pinces de Billroth, on évacua complètement le kyste. Ensuite on a lavé la plaie entre les deux feuillets du mésentère avec une solution de sublimé au 1/3 0/00 et épongé avec des tampons d'ouate et de gaz iodoformé. Cela fait, l'opérateur a appliqué une suture de pelletier sur le mésentère incisé. La toilette de la cavité péritonéale, la suture complète des parois abdominales, le pansement iodoformé ont terminé l'opération qui a à peine duré une heure. L'état post-opératoire était tout-à-fait satisfaisant. La plus haute température 38,2° avait lieu le soir du deuxième et quatrième jour, la température du matin 37°. A partir du cinquième jour la température resta normale. Les douleurs étaient très insignifiantes, l'état général tout-à-fait satisfaisant. La malade ne pouvait pas rendre ses urines : il fallait la sonder. Le 28 mai, c'est-à-dire, huit jours après l'opération on a voulu renouveler le pansement ; ayant défait celui-ci on constata que le ventre était affaissé, la plaie des téguments réunie par première intention. Toutes les sutures ont été enlevées. On a prescrit à la malade de l'huile de ricin. Après quoi ont eu lieu des évacuations abondantes et à partir de ce moment la malade commença à uriner sans sonde. Trois semaines après l'opération, la malade quitte l'hôpital sans se plaindre de quelque gêne que ce soit.

L'examen anatomo-pathologique du kyste ainsi que l'analyse chimique de son contenu ont été faits par les docteurs Przewoski et Nencki.

La structure de la tumeur : tumeur globuleuse, grande comme la tête d'un nouveau-né, se compose d'une partie membraneuse et d'un contenu blanc-jaunâtre, épais, ressemblant à de la crème. L'intérieur de la poche membraneuse ne présente qu'une seule cavité (kyste uniloculaire), limitée par une surface interne lisse. La surface externe de la poche est réunie aux organes voisins par du tissu conjonctif lâche, et dans plusieurs endroits elle adhère plus solidement au péritoine et aux ganglions lymphatiques. L'épaisseur de la poche n'est pas uniforme. En général, elle est de 1/4 1 millim., mais par places on voit des épaississements

en forme d'îlots de 3-4 millimètres d'épaisseur. A l'œil nu la poche se présente comme une membrane fibrineuse, blanche, solide. Le râclage de la surface interne ne donne que par places une ou plusieurs cellules épithéliales plates, semblables à l'endothélium des membranes séreuses. Ces cellules possèdent un noyau unique à contours peu marqués; autour du noyau on voit une quantité relativement petite de protoplasma. Les coupes faites dans toutes les directions ont fait constater que la poche est constituée par un tissu conjonctif fibrineux, assez serré et contenant par places un nombre considérable de cellules semblables aux cellules ambulantes; elle possède en général peu de vaisseaux. Ce tissu conjonctif diffère du tissu conjonctif serré ordinaire, en ce que partout il contient une grande quantité de vastes espaces lymphatiques en forme de fentes et beaucoup de foyers du tissu cytogène, tissu qui forme les follicules lymphatiques. Les fentes lymphatiques de la poche en question sont tapissées, soit par une couche unique d'endothélium plat, soit par des cellules plates isolées; elles ne possèdent pas d'autres parois propres. La forme des espaces lymphatiques est très irrégulière; elles sont beaucoup plus grandes que les capillaires sanguins. Dans l'intérieur des fentes on trouve des cellules semblables aux globules sanguins décolorés; ces cellules sont disposées tantôt en groupes, tantôt isolément; on y trouve aussi de petites gouttelettes graisseuses. La direction des fentes est variable; tantôt parallèle à la surface interne de la poche, tantôt oblique, tantôt presque perpendiculaire. Sur quelques-unes des coupes, on pouvait constater que les lumières des espaces lymphatiques se réunissent à la lumière du kyste.

Les fentes lymphatiques se trouvent en rapport avec des foyers du tissu cytogène; ces foyers se trouvent dans la paroi du kyste, ils sont de forme ovulaire ou lenticulaire, tantôt distinctement limités, tantôt leurs limites se perdent dans le tissu conjonctif présentant de moins en moins de cellules semblables aux cellules lymphatiques. Chaque préparation microscopique du foyer présente un réticulum bien distinct et tout-à-fait semblable au réticulum des ganglions lymphatiques. Dans les mailles de ce réticulum on trouve une grande quantité de cellules semblables aux cellules ambulantes. Enfin le partour ou le centre de ces foyers est

traversé par de vastes sinus lymphatiques dans lesquels on rencontre par places des gouttelettes graisseuses.

Le contenu de la poche est représenté par un liquide blanchâtre, épais, à réaction neutre, contenant 68,46 0/0 de matières solides. Les parties solides sont représentées particulièrement par de la graisse, 62,31 0/0, on ne trouve que des traces de sels minéraux et d'albumine; on n'a pas trouvé de cholestérine,

L'examen microscopique fait constater que ce liquide contient une quantité considérable de graisse libre; assez souvent les petites gouttelettes se réunissent en plus grandes masses graisseuses. On rencontre aussi des cristaux graisseux en forme d'aiguilles isolées ou groupées en petits faisceaux. On voit aussi dans ce liquide des cellules non altérées, semblables aux cellules ambulantes et les mêmes cellules en voie de dégénérescence graisseuse.

En plus des éléments mentionnés plus haut on a trouvé dans le contenu de la poche des flocons mous, blanchâtres, lâchement unis aux parois de la poche; ces flocons sont constitués par du tissu fibrillaire à fibrilles enchevêtrées dans toutes les directions, par une grande quantité de cellules semblables aux cellules lymphatiques et par une petite quantité de graisse. Cheveux, dents, etc., ne se trouvaient pas dans la poche. Donc, vu la structure du kyste, il n'y a plus de doute que c'est un kyste chyleux du mésentère.

OBSERVATION XI. — *Kyste du mésentère chez l'homme* Ablation par la gastrotomie. Guérison par MM. les D^{rs} MILLARD et TILLAUX (*Bulletin de l'Académie de Médecine*. Séance du 17 août 1880).

Un homme âgé de 31 ans, le nommé Pady Alfred, employé, se trouvait le 25 mai derniers, vers 7 heures du soir, sur le boulevard Bonne-Nouvelle en parfait état de santé, lorsqu'il ressentit tout à coup dans le ventre une douleur tellement violente qu'il fut dans l'impossibilité absolue d'avancer. Il avait le tronc plié en deux et c'est dans cette attitude que, après un quart d'heure de repos, il put regagner son domicile. Il se coucha, mais ne put dormir, ni tenir au lit, et, selon son expression, il

passa la nuit à se rouler par terre. Plusieurs lavements qu'il prit furent sans résultats et à partir de ce moment, il resta constipé. J'insiste, Messieurs, sur ce début subit de la maladie et sur la constipation qui se manifesta aussitôt.

Le 26 mai. — Il ne put prendre une minute de repos et les douleurs continuèrent de présenter un degré d'acuité extrême, malgré tous les calmants que lui administra M. le Dr Decori. Le 27 au matin il se fit porter à la consultation de l'hôpital Lariboisière, et on lui fit remarquer qu'il avait une tumeur dans le côté droit du ventre, ce dont il ne se doutait nullement. On lui dit qu'il avait un rein flottant. Cet état persista pendant huit jours; alors le caractère des douleurs se modifia. Au lieu d'être permanentes, les douleurs revinrent par crises durant une heure, en se renouvelant une dizaine de fois dans les vingt-quatre heures. C'était, disait-il, comme du feu qui lui brûlait l'estomac et se répandait dans le ventre. Les crises apparaissaient surtout après l'ingestion des aliments.

Le 11 juin. — Il se rendit à Beaujon, à la consultation de M. Millard et lui dit qu'il avait un rein mobile. M. Millard le reçut dans son service.

On fut alors témoins des crises que je viens de signaler. Aussitôt qu'il survenait un peu de calme, le malade se mettait au lit, mais il ne pouvait jamais dormir plus de deux heures et encore assis dans son lit, la tête appuyée sur les genoux.

La position horizontale, en effet, provoquait immédiatement de la suffocation et le malheureux en était réduit à se promener le reste de la nuit.

Le malade portait dans le ventre à droite du nombril, une tumeur offrant environ le volume d'une tête de fœtus. Il affirmait de la manière la plus catégorique qu'il ne l'avait jamais observée avant l'apparition de ses douleurs. Cette tumeur était arrondie, lisse, rénitente, très mobile et non douloureuse à la pression.

M. Millard fut très embarrassé pour formuler un diagnostic. Cependant, après plusieurs jours d'un examen attentif, en présence de l'apparition brusque de la tumeur, de l'invasion subite des accidents des douleurs stomacales et de la constipation opiniâtre, il conclut à une invagination chronique de l'intestin.

Le cas n'était pas classique sans doute ; mais la plupart des nombreux médecins qui examinèrent le malade, et j'étais du nombre, se rattachèrent à cette manière de voir, faute de mieux. C'était, pensions-nous, un cas analogue à ceux que M. le Dr Raffinesque avait récemment publiés dans son excellente thèse inaugurale.

Le traitement fut donc dirigé en conséquence ; électrisation à l'aide des courants continus, massage du ventre, douches rectales avec eau de savon de Marseille, avec eau de Seltz, sans parler des lavements simples que le malade prenait très fréquemment et qui amenaient toujours un peu de soulagement, mais tout fut inutile. Les crises présentaient la même intensité ; le malade ne pouvait manger ni pain, ni viande, et pendant 40 jours il ne put jamais aller à la selle sans prendre de lavement.

Le 28 juin. — M. Millard fit passer le malade dans mon service, afin que je puisse l'examiner de plus près avant d'agir et pendant deux ou trois jours il survint un mieux appréciable. Mais les accidents reparurent, et le malade profondément affaibli, réclama instamment une opération dont il connaissait d'ailleurs toute la gravité.

Après avoir discuté le pour et le contre avec mon collègue, M. Millard nous pensâmes qu'il y avait lieu d'intervenir chirurgicalement et la gastrotomie fut décidée pour le samedi 6 juillet.

L'opération fut pratiquée en présence de nos collègues Millard et Ferréol. M. Peyrot, chirurgien du bureau central, voulut bien m'assister, notre but était, après avoir ouvert l'abdomen, de désinvaginer l'intestin, si cela était possible, sinon de réséquer la portion invaginée et de saturer les deux bouts.

Le ventre ouvert largement, je fus chercher la tumeur et l'attirai en dehors. Nous constatâmes alors qu'au lieu d'une invagination intestinale il s'agissait d'une tumeur du mésentère.

Voici d'ailleurs l'observation telle qu'elle a été recueillie par M. Ricard, externe du service :

Le malade est disposé comme pour l'ovariotomie, les membres inférieurs enveloppés de ouate, et attachés dans des gouttières fixées aux angles du lit Mariaud. Il a été transporté hors des salles, dans un pavillon isolé, au fond des jardins de l'hôpital Beaujon.

Anesthésie par le chloroforme. La paroi abdominale est rasée, et lavée avec une solution d'acide phénique au vingtième.

M. Tillaux fait une incision sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic, incision de 15 centimètres de longueur environ.

Les différentes couches sont incisées successivement sans hémorrhagie notable. Le bord interne du muscle grand droit du côté gauche est mis à nu, puis le feuillet postérieur de sa gaine est divisé. Le péritoine saisi entre les mors d'une pince est incisé au bistouri. M. Tillaux explore la cavité abdominale avec sa main préalablement phéniquée, et agrandit l'incision en haut à l'aide de ciseaux droits sur une étendue de 5 à 6 centimètres environ. L'incision, longue alors de 20 centimètres, permet l'issue d'une tumeur arrondie, lisse, du volume d'une tête de fœtus. Elle est située dans le mésentère dont elle soulève le feuillet droit et non adhérente à l'intestin. Elle est lisse, sphéroïdale, rougeâtre, avec quelques arborisations à la surface.

Ponction de la tumeur à l'aide d'un petit trocart. Il ne sort aucun liquide. A l'issue du trocart, jet de matière liquide crèmeuse, jaunâtre. Les intestins, étant protégés par des serviettes chaudes, on agrandit l'ouverture de la tumeur avec le bistouri, et il s'écoule une matière épaisse crèmeuse, en quantité assez considérable pour remplir environ deux verres à pied.

L'intérieur du kyste est lavé avec une solution d'acide phénique au vingtième. Puis M. Tillaux le pédiculise au moyen de sept fils de catgut, suivant le procédé de la ligature en masse partielle. La paroi du kyste étant enlevée à l'aide de ciseaux, il reste un pédicule en forme de collerette.

La surface du pédicule est cautérisée avec la solution d'acide phénique au vingtième. Les fils de catgut sont coupés au ras des parties molles et le pédicule est abandonné dans la cavité abdominale.

Avant de refermer l'abdomen M. Tillaux éponge la cavité péritonéale pour retirer le sang ou la matière du kyste qui aurait pu s'y trouver.

Une grosse éponge est laissée dans l'abdomen pendant que M. Tillaux pratique les sutures qui comprennent toute l'épaisseur de la paroi. Ce temps de l'opération est rendu difficile par la rétraction du péritoine.

Pansement de Lister.

Nous passons les détails du traitement. Disons seulement que le septième jour de l'opération, on enlève les points de suture et que la plaie était réunie dans toute son étendue, mais un peu incomplètement au niveau de la peau.

Enfin le 24 juillet, le malade commençait à se lever.

Donnons maintenant l'examen histologique du kyste, par M. le Dr Merklen (1).

On peut évaluer le contenu du kyste à un demi-litre environ consistant en un liquide épais et crémeux d'un blanc laiteux, ayant l'odeur de graisse. Ce liquide était un peu grumeleux, mais ces grumeaux ne diffèrent que par leur consistance du liquide lui-même.

Examinés après la ponction le liquide du kyste et les grumeaux étaient constitués exclusivement par de la graisse, sous forme de gouttelettes libres de dimensions diverses et d'aiguilles cristallines présentant la configuration des cristaux de margarine. Cet examen a été répété à plusieurs reprises. Malgré le plus grand soin, nous n'avons pu trouver dans le liquide ni poils, ni cellules épidermiques. Aucune de mes préparations ne présente d'éléments cellulaires, à part deux ou trois cellules plates de tissu conjonctif sans altération appréciable.

La paroi du kyste, de consistance dure et fibreuse, était d'inégale épaisseur, d'une épaisseur moyenne d'un demi-centimètre. Elle présentait de véritables bourrelets durs sur certains points ainsi que l'a démontré l'examen histologique des ganglions lymphatiques distincts de la paroi. Celle-ci revêtue sur sa face externe par le péritoine du mésentère, paraissait doublée à sa face interne d'une véritable muqueuse, membrane lisse, mais sinueuse, comme ridée, résistante et sans trace apparente d'altération à l'œil nu.

Le grattage de quelques points de cette surface interne fait à l'état frais, n'a donné que des débris de tissu fibreux sans cellules épithéliales. Les coupes faites sur des fragments de cette paroi, durcies simplement par l'alcool à 36°, colorées par le picro-carminate d'ammoniaque et montées dans la glycérine, ont permis de constater ce qui suit :

En examinant toute l'épaisseur de la paroi à un faible grossissement

1. *Bulletin de l'Académie de médecine*. Séance du 14 septembre 1880.

dans les points les plus minces, où, par conséquent, elle est réduite à sa plus simple expression, on voit que cette paroi est composée de plusieurs couches d'aspect différent. La plus interne, celle directement en contact avec le contenu du kyste est rosée, homogène, renferme peu d'éléments cellulaires, présente en un mot l'aspect d'une lame de tissu fibreux nettement limitée et distincte des couches sous-jacentes. Déjà à ce faible grossissement on y voit de petits blocs arrondis et translucides évidemment constitués par de la graisse.

Dans une deuxième couche les éléments cellulaires sont plus nombreux, rangés suivant un certain ordre et à ce grossissement déjà, il est possible d'y retrouver la disposition générale du tissu lymphatique. Cette couche intermédiaire renferme de nombreux vaisseaux sanguins et des espaces lymphatiques dilatés.

Enfin la couche la plus externe est fibreuse. Cette couche très épaisse est directement en contact avec le péritoine.

L'examen de ces mêmes préparations fait avec de plus forts grossissements permet d'y saisir quelques détails nouveaux.

La couche, la plus interne de la paroi, est bien constituée par un tissu fibreux d'aspect vitreux, mais on voit çà et là, dans son épaisseur, de petits espaces remplis de boules réfringentes, juxtaposées, qui sont des gouttelettes de graisse.

Cette couche qui forme comme une tunique séparée rappelle par ses lésions et ses caractères l'aspect de la tunique interne, d'une artère atteinte d'athérome; dans la couche intermédiaire on retrouve certains éléments des ganglions lymphatiques. Cette couche est constituée par un tissu conjonctif jeune où dominant les éléments fusiformes; en certains points on dirait qu'il s'agit d'un myome.

Au milieu de ce tissu, on voit des espaces arrondis renfermant des cellules lymphatiques absolument intactes dans leur structure. En traitant les coupes par les pinceaux, on retrouve le tissu réticulé normal. Ces espaces sont donc des follicules lymphatiques. Il existe à côté d'eux des fentes et des canaux remplis de cellules lymphatiques. Il est à remarquer, que sur aucun point, les cellules lymphatiques elles-mêmes ne renferment de graisse. Celle-ci existe en gouttelettes libres à la périphérie des follicules et dans les canaux lymphatiques: on la retrouve également

dans les fentes des cloisons conjonctives qui forment la charpente de ce tissu.

Avec les cellules lymphatiques et la graisse on voit dans les espaces lymphatiques de gros blocs irréguliers, sans structure appréciable, colorés en jaune par le picrocarminate. Ce sont sans doute des masses cireuses. Les vaisseaux sanguins sont nombreux dans cette région; ils sont dilatés. Leurs parois sont épaissies, fibreuses à certains points. On voit à leur périphérie une grande quantité de cellules embryonnaires. Ce fait indique un processus irritatif encore en voie d'activité qui tient sous sa dépendance les diverses transformations du tissu réticulé.

Des coupes faites en d'autres points de la paroi sur les parties les plus épaisses confirment ce qui précède. Une couche interne de tissus fibreux, une couche sous-jacente de tissu lymphatique sans relation directe avec la tumeur, lui sont accolées sur ces points; mais elles en sont distinctes et cette limite est marquée par la coque de ces ganglions, qui est épaissie, pourvue de nombreuses fibres musculaires lisses. Ces ganglions sont remarquables par l'épaississement de leur charpente et de leurs cloisons, qui ont évidemment subi un travail d'inflammation chronique aboutissant à la sclérose.

Les espaces folliculaires sont remplis de cellules lymphatiques normales, mais on voit des gouttelettes de graisse, comme dans les voies lymphatiques de la paroi proprement dite.

Les détails qui précèdent nous conduisent à cette conclusion que le kyste du mésentère que nous avons examiné est constitué par une coque fibreuse mince en voie de dégénérescence athéromateuse partout en contact avec le tissu propre des ganglions lymphatiques. Ceux-ci ont subi un travail d'inflammation chronique ayant abouti sur certains points à la sclérose de leur charpente; mais ils ne présentent aucune trace de dégénérescence caséuse. Les gouttelettes de graisse constatées en grande quantité dans les canaux et les espaces lymphatiques de la paroi du kyste étaient-elles destinées à en alimenter le contenu et cette graisse venait-elle directement des chylifères? On ne peut faire à cet égard que des hypothèses, mais il n'est pas probable que la simple dégénérescence athéromateuse de la tunique fibreuse de la paroi du kyste ait pu fournir la quantité énorme de graisse qu'il contenait.

L'absence de revêtement épidermique à la face interne du kyste et des cellules épithéliales dans le liquide kystique est en opposition avec l'idée d'un kyste dermoïde.

OBSERVATION XII. — *Lymphangiome kystique du mésentère. Extirpation. — Mort. (Résumé).*

Une femme de 32 ans portait, depuis trois ans, une tumeur fluctuante au-dessus du bassin. Elle était limitée par les organes génitaux, mais semblait se continuer avec le foie.

Laparotomie. La tumeur était mésentérique, unie à l'intestin et contenait six litres d'un liquide gélatineux et jaune rougeâtre se coagulant immédiatement. Long pédicule de deux travers de doigts d'épaisseur allant jusqu'à l'estomac. En y introduisant une sonde, elle allait jusqu'au-dessous du lobe gauche du foie, à la colonne vertébrale. Le pédicule adhérait à la région du Tripus Halleri.

La tumeur fut extirpée et le pédicule lié.

La malade mourut.

On trouva une invagination de l'intestin grêle. On suivit le pédicule jusqu'au Tripus Halleri.

Les recherches faites sur le liquide retiré montrèrent qu'il était composé de lymphe venant des ganglions lymphatiques qui se trouvent entre les vaisseaux mésentériques et rénaux.

(ROTH (O.). *Ein Fall von Lymphangioma cysticum*. Inaug. dissert. Zurich, 1880).

OBSERVATION XIII. ENZMANN *Beitrag zur path Anatomie des ductus thoracicus Dissertation*. Basel 1883.

Chez une femme de 77 ans morte d'endocardite se trouvait une tumeur fusiforme dépassant le volume de la main et appliquée contre la colonne vertébrale à 1 centimètre au-dessus de l'artère rénale droite dans le domaine des artères mésentérique supérieure, coeliaque et des 4 dernières artères intercostales, entre les piliers moyens du diaphragme écartés l'un

de l'autre par cette tumeur. Celle-ci faisait saillie dans la plèvre du côté droit. Immédiatement au-dessus du diaphragme elle proéminait vers la droite et refoulait à gauche l'aorte descendante qui lui était accolée de ce côté. Le kyste et l'aorte étaient réunis par du tissu cellulaire lâche. La surface du kyste était lisse; la partie qui pénétrait dans la cavité thoracique droite était recouverte de la plèvre costale; la face postérieure était aplatie et modérément réunie à la colonne vertébrale. Le kyste mesurait 9 centimètres verticalement et 5,8 cent. d'avant en arrière, et 4,3 cent. transversalement. Il était plissé, flasque, à parois épaisses et contenait 50 cent. cubes d'une bouillie brunâtre et brillante qui, examinée au microscope, présentait de nombreux cristaux de cholestérine, un grand nombre de corpuscules sanguins rouges soit intacts, soit fanés et que l'on pouvait rendre très distincts au moyen de l'iode, en même temps que de nombreuses cellules granuleuses et une certaine quantité de pigment granuleux. À côté de cela se trouvait une masse formée de grains tantôt très fins, tantôt assez volumineux (produits de décomposition de fibrine et de corpuscules sanguins blancs).

La paroi du kyste avait 1 à 2 millimètres d'épaisseur, était dure, lisse à la surface interne, jaunâtre présentant par endroits des amas lâches et de couleur brunâtre. En l'examinant au microscope on trouve qu'elle est formée de tissu conjonctif dur à grosses travées. Du pigment granuleux d'un brun foncé surtout dans l'intima; à côté de cela des gouttettes graisseuses petites et brillantes.

Dans la couche externe il y a plutôt des cellules rondes tassées par endroits dans l'adventitia. Dans la paroi se rencontrent des plaques calcaires ovales. L'endothélium manque. Le rapport direct du kyste avec le canal thoracique était facile à montrer. La partie supérieure de ce dernier était fermée en plusieurs endroits par des thrombus organisés.

OBSERVATION XIV. (VON BERGMANN).

Lymphacyste des Unterleibes-Berliner Klinische Wochenschrift, 4 octobre 1886 *Bramann in Archiv für Klinische Chirurgie von Langenbeck* Vol XXXV, pag. 201.

Il s'agit d'un homme de 63 ans qui, à part une fièvre typhoïde contrac-

tée 20 ans auparavant, paraît avoir toujours eu une bonne santé. Il y a 10 à 12 ans, il commença à sentir des douleurs dans la région anale ; elles étaient dues à des hémorroïdes, devenaient de plus en plus vives et s'accompagnaient d'hémorragies au moment de la défécation. A ces symptômes se joignit, il y a 5 ans environ, une constipation opiniâtre qui obligeait le malade à avoir constamment recours aux purgatifs et aux lavements. Il paraît que cette constipation est surtout très prononcée depuis un an et demi. Le malade dit également avoir remarqué une augmentation de volume du ventre. Au mois de novembre de l'année passée il découvrit par hasard, au niveau de la région ombilicale et profondément située, une tumeur ayant à peu près la grosseur du poing, et qui était mobile, mais complètement indolore. Pendant les mois qui suivirent elle aurait lentement augmenté de volume sans cependant occasionner, même au moment actuel, de souffrances sérieuses à notre malade, si ce n'est une sensation de pesanteur et de légère tension dans le ventre, surtout après les repas. Toutefois, comme la présence de la tumeur inquiétait beaucoup le malade, déjà si nerveux et si agité, il insista pour qu'on la lui enlevât, d'autant plus qu'il la considérait comme la cause de son amaigrissement qui, cependant, n'était que peu prononcé.

A son admission à la clinique du mois d'avril 1886 nous trouvâmes chez ce malade, à l'aspect pâle et souffrant en même temps que très nerveux mais cependant encore vigoureux, l'abdomen, au niveau de la région ombilicale, quelque peu bombé en avant. On sentait à travers la paroi abdominale qui était flasque bien qu'épaisse, une tumeur ronde, ayant presque la grosseur d'une tête d'enfant, et dont la surface paraissait lisse ; elle était fortement tendue et nettement fluctuante. Par la percussion on obtenait, au niveau de la tumeur, un son tympanique qui se changeait en matité absolue au point culminant de celle-ci. Cette matité devenait plus étendue aussitôt que l'on pressait la paroi abdominale, contre la tumeur, aux limites de laquelle la sonorité persistait.

La tumeur se déplaçait facilement et sur une grande étendue dans la direction de la paroi abdominale antérieure et semblait fixée à la paroi postérieure, dans la région des vertèbres lombaires, mais fixée d'une façon si lâche que l'on pouvait la refouler à droite et à gauche jusqu'aux hypochondres et presque au contact des côtes ; elle se laissait déplacer en

arrière vers la région lombaire sans atteindre complètement la région rénale.

Le foie ainsi que la rate à leur place habituelle et d'un volume normale présentaient aucune adhérence avec la tumeur. Le cœur et les poumons étaient sains : les urines claires, abondantes, sans albumine, sans sucre ne présentaient point d'éléments anormaux. Nul part de l'œdème. L'examen du rectum montre la présence de gros et nombreux bourrelets hémorroïdaires saignant facilement. D'après cet état de choses il était difficile et même impossible de faire un diagnostic précis de la tumeur qui se trouvait dans la cavité abdominale. Selon toute probabilité on devait penser à un kyste hydatique ou dermoïde développé dans le péritoine ou peut-être même dans le mésentère. Moins probable était la dégénérescence kystique d'un rein flottant ou hydronéphrose ; la tumeur ne se laissait pas suffisamment refouler vers la région rénale pour que cette hypothèse pût être acceptée. Le siège de la tumeur et sa grande mobilité parlaient contre un kyste du pancréas. La ponction exploratrice qui certes aurait tout de suite permis d'asseoir le diagnostic devait être écartée à cause de la forte tension du kyste qui aurait pu amener d'épanchement du contenu kystique dans la cavité abdominale, quelque petite que fût l'ouverture produite par la ponction, et surtout à cause de la situation de la tumeur, car celle-ci se trouvant placée derrière et même entre les anses intestinales il aurait peut-être été difficile d'éviter leur lésion.

Aussi le Professeur von Bergmann procéda-t-il à la laparotomie le 17 Avril de l'année passée (1886). Après l'ouverture de l'abdomen au moyen d'une incision longue d'environ 18 centimètres et faite au niveau de la ligne blanche, se montra aussitôt à travers la plaie une tumeur sphérique, fortement tendue, présentant un revêtement péritonéal lisse et brillant.

Cependant, malgré la grande mobilité que la tumeur avait montrée auparavant, elle ne se laissait pas retirer complètement hors de la cavité abdominale mais seulement jusqu'au niveau de sa plus grande circonférence. Toutefois cela fut suffisant pour constater que de nombreuses anses appartenant à l'intestin grêle se trouvaient placées à la surface de la tumeur et étaient si intimement liées avec elle que leur séreuse se confondait directement avec celle de la tumeur. Le mésentère de ces anses

n'existait plus, il était dédoublé par la tumeur qui avait pris sa place. Dans ces circonstances il fut naturellement impossible de penser à une extirpation totale de la tumeur kystique, car tout l'intestin grêle se trouvant sans mésentère, c'est-à-dire privé de nutrition, se serait gangrené.

La tumeur fut maintenant tirée en avant avec la plus grande précaution et pour réduire son volume on la ponctionna avec un gros Trocart, ce qui fit sortir en jet 700 à 800 grammes d'un liquide laiteux, presque aussi blanc que de la neige, crémeux et sans odeur. Le kiste fut alors fendue sur étendue d'environ 10 centimètres à un endroit où il n'avait aucun contact avec l'intestin, et après que la plaie de la laparotomie eut été diminuée de longueur par quelques points de suture faits à ses deux angles, les bords de l'ouverture du kyste furent cousus à ceux de la paroi abdominale.

Quelques-unes des anses intestinales qui étaient adhérentes à la tumeur furent de cette façon placées très près de la ligne de suture. La surface interne du kyste, examinée au toucher là où l'œil ne pouvait pénétrer, était complètement lisse et brillante; point de saillies, d'aspérités, d'inégalités. Le fond du kyste semblait se prolonger jusque vers la colonne vertébrale. Nulle trace de caillots ou de concrétions. Après qu'on eut placé deux drains dans le kyste la plaie fut pansée selon la méthode habituelle. La cicatrisation de la plaie se fit, malgré l'agitation et la nervosité du malade, de la façon la plus satisfaisante, la température se maintint toujours au-dessous de 38°, la sécrétion fut peu abondante, et presque totalement séreuse.

Le lendemain de l'opération on ne trouva, au renouvellement du premier pansement que fort peu de liquide lactescent; celui-ci était probablement le dernier reste de ce qui se trouvait dans le kyste au moment de l'opération.

Notre crainte de voir se produire une perte abondante de chyle, ce qui aurait entravé de la façon la plus sérieuse le rétablissement du malade heureusement ne se réalisa pas.

Les drains furent enlevés, l'un le 8^e et l'autre le 16^e jours après l'opération. Au bout de 3 semaines la plaie ne présentait plus qu'une ligne granuleuse et le patient put quitter son lit. Quatre semaines après l'opération la petite plaie fut fermée par la suture des deux bourrelets de peau

qui se trouvaient en face l'un de l'autre après qu'on les eut avivés et séparés des parties sous-jacentes. A la fin de la 5^e semaine le malade complètement guéri quitta la clinique après avoir reçu le conseil de porter un bandage herniaire approprié.

L'examen de la paroi du kyste (on avait excisé un lambeau) qui était ferme, compacte et épaisse d'environ 2 à 3 m. m. montre que celle-ci, recouverte extérieurement par une couche péritonéale, était formée d'un tissu conjonctif serré mais sillonnée de nombreux vaisseaux sanguins et d'espaces lymphatiques. On ne trouva à la face interne ni épithélium ni endothélium.

En ce qui concerne le contenu du kyste il était, comme cela a été dit ci-dessus, de nature chyleuse, blanc, sans flocons ni concrétions, de réaction neutre ou légèrement alcaline. Examiné au microscope il présentait une masse finement granulée, des granulations graisseuses, des corpuscules lymphatiques, de rares cristaux de cholestérine et quelques corpuscules sanguins : il est probable que ces derniers provenaient de la plaie et avaient été introduits dans le kyste pendant l'opération.

Nulle trace d'épithélium. Au contact de l'acide acétique et par l'ébullition le liquide se coagula complètement ; lorsqu'on l'agita en présence de l'éther il se dissolvait et prenait une couleur jaune clair presque transparente.

Il avait, par conséquent, les propriétés et la constitution caractéristiques du chyle. J'ai conservé une partie du liquide et ai eu l'occasion de le présenter au congrès des naturalistes. Il est encore aujourd'hui, c'est-à-dire 9 mois après l'opération, absolument inaltéré, seulement après l'évaporation d'une partie qui y est contenue, il est devenu plus épais et de couleur jaunâtre ; les corpuscules graisseux qui au commencement se trouvaient en grand nombre ont disparu. Bien qu'il ait été conservé pendant plusieurs semaines dans un verre ouvert ou légèrement couvert et plus tard dans une bouteille fermée avec un bouchon ordinaire on ne trouve aucun signe de décomposition ou de putréfaction, propriété qui est, on le sait, caractéristique du chyle.

OBSERVATION. XV (RUBESKA). *Ein durch Extirpation geheilter Fall von Mesenterialcyste von Dr. V. Rubeska. Centralblatt für Gynäkologie, Leipzig, 1889. N^o 49.*

Le 7 septembre se présente à la clinique une jeune paysanne de 19 ans, Anna K ; elle nous raconte qu'elle remarque, depuis un an et demi, le développement d'une grosseur dans le ventre et qu'elle éprouve des douleurs dans les régions lombaire, abdominale et épigastrique.

Ses parents se portent bien ; elle a toujours joui d'une bonne santé et depuis l'âge de 17 ans ses règles se montrent toutes les quatre semaines ; les dernières ont eu lieu il y a 8 jours.

C'est une personne grande, bien bâtie, bien musclée et bien nourrie, avec toutes les apparences de la santé. Tous les viscères sont sains, cependant dans l'hypogastre gauche, on peut sentir une grosseur du volume du poing, lisse élastique, mobile et entourée par les intestins. L'hymen est intact, l'utérus de grandeur normale, en antéflexion à angle obtus, mobile mais douloureuse à la pression. On ne peut sentir les ovaires sans chloroforme, de même qu'il est impossible de dire s'il y a une adhérence quelconque entre la tumeur et la matrice. Lorsque, le 11 septembre 1887, je pratique la laparotomie pour enlever cette tumeur je découvre à travers l'incision de la paroi abdominale le grand épiploon et les intestins. Après avoir relevé ces derniers je constate que l'épiploon est adhérent à la tumeur sur une surface de la largeur d'une pièce de deux francs. Il a la forme d'un cordon, du volume du doigt, se dirigeant vers la paroi abdominale pour se confondre au-dessus de la symphyse avec le péritoine pariétal. Dans le petit bassin on peut constater que l'utérus et ses annexes (trompes et ovaires) sont sains. La tumeur se trouve au-dessus et à gauche, du détroit supérieur, entre les deux feuillets du mésentère de l'intestin grêle, s'étendant depuis son bord adhérent (racine) jusqu'à son bord libre (point d'insertion à l'intestin).

On pratique d'abord la ligature de l'épiploon au-dessus et au-dessous de la tumeur afin que sa partie adhérente reste accolée à cette dernière et on excise aussi la portion de l'épiploon qui se dirige en bas sous forme de cordon, après avoir retiré le kiste au dehors de l'abdomen on en fait

l'incision qui donne un liquide ressemblant à une bouillie claire, grasseuse (huileuse) et de couleur jaunâtre. Le feuillet inférieur du mésentère qui recouvre la tumeur est ensuite incisé dans le sens du rayon et on parvient à décortiquer les adhérences du kyste en partie avec les mains en partie à l'aide de ciseaux. On pratique alors la ligature des vaisseaux qui donnaient du sang. La cavité qui existe entre les deux feuillets du mésentère est comblée par une série de sutures en étages ce qui amène également l'arrêt de toute hémorrhagie. Les bords de l'incision du feuillet mésentérique sont ensuite réunis par une suture linéaire *du bord adhérent au bord libre* (2). On ferme la plaie abdominale par une suture triple c'est-à-dire péritonéale, musculaire et cutanée.

Pour toutes les ligatures et sutures on se sert de catgut chromique (d'après Mikuliez) sauf pour la suture cutanée où on emploie de la soie au sublimé.

Les suites de l'opération furent bonnes pendant les 5 premiers jours et la malade n'eut qu'un vomissement le 4^e et le 3^e jour; la température oscillait entre 37°, 4 et 37°, 6; l'opérée était d'humeur maussade et présentait un pouls fréquent, 100 à 120 pulsations. Dans la nuit du 6^e jour il y eut plusieurs vomissements bilieux; la température était à 37°, 2 le pouls à 116, l'épigastre ballonné. Après un lavement d'Hégar 3 garderobes liquides. Les vomissements bilieux se renouvellent la nuit suivante ce qui nécessite un changement de pansement le 7^e jour. Epigastre météoroxisé. Hypogaste normal, non sensible au toucher; plaie sans réaction en bonne voie de cicatrisation. On enlève quelques points de suture. Le lavage de l'estomac ramène une grande quantité de liquide bilieux, le ballonnement de l'épigastre disparaît. Une amélioration se produit et la malade peut boire du vin et du café sans vomir. Le lendemain (8^e jour) nouveaux vomissements; lavage de l'estomac avec le même résultat que la veille. Dans la nuit vomissements violents de liquide bilieux, nouveau lavage de l'estomac, lavement d'Hégar suivi de trois garderobes. Pendant 24 heures la malade se porte assez bien mais le 10^e jour les vomissements reprennent. Le pansement est changé de nouveau et l'on trouve l'estomac dilaté. Abdomen normal, non sensible au toucher, la plaie guérie présente une cicatrice linéaire; à gauche de celle-ci, là où se trouvait le kyste, on sent un corps mobile et ayant la grosseur d'une pomme. Il sa-

git évidemment d'une obstruction intestinale, placée un peu au-dessous du duodénum, probablement au niveau du siège primitif du kyste. On fait de nouveau le lavage de l'estomac et il est décidé, au cas où l'état de la malade resterait le même le lendemain, qu'on pratiquera la laparotomie pour découvrir l'obstruction intestinale et y porter remède. La nutrition chez cette jeune fille était maintenant devenue si mauvaise que la région sacrée présentait une eschare de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Mais dans le courant de la journée la malade ne vomit plus, elle boit du vin et du café, dort tranquillement toute la nuit suivante et urine abondamment (2 litres $1/2$ en 24 heures). Le lendemain elle se porte bien, a de l'appétit; l'estomac n'est plus gonflé et l'empatement que l'on sentait à gauche de la plaie abdominale a disparu. Il est probable que l'obstruction intestinale causée soit par adhérence de l'intestin à la plaie du mésentère soit par torsion du viscère sur son axe, a été levé par les manœuvres exercées, les jours précédents, pour examiner la nature et le siège de l'empatement, ce résultat a évité une nouvelle laparotomie. On pourrait donc, dans des cas analogues, recommander le massage pour faire disparaître la cause de l'obstruction.

La convalescence a marché rapidement chez notre malade qui a quitté l'hôpital le 4 octobre (24 jours après l'opération) avec une cicatrice solide longue de 8 centimètres siégeant au niveau de la ligne blanche. D'après une lettre datée d'août 1889 la malade se porte très bien.

Analyse de la paroi du kyste.

La paroi du kyste a 1 à 2 millimètres d'épaisseur; la surface interne est lisse, l'externe rugueuse (fatzig). On peut distinguer à cette paroi trois couches unies entre elles par un tissu conjonctif peu serré. La couche interne est la plus mince, l'externe la plus épaisse. La couche externe se compose de tissu conjonctif lamelliforme pourvu d'un certain nombre de noyaux. Les éléments cellulaires augmentent considérablement en nombre au fur et à mesure que l'on se rapproche de la partie interne et on trouve par endroits des amas allongés parallèles avec la surface supérieure et formés de cellules rondes ou polygonales contenant de petits noyaux. La couche moyenne consiste en un tissu peu serré; les travées de tissu conjonctif forment ici des mailles et des espaces de dimensions variables. Ces espaces sont tantôt vides, tantôt remplis d'un tendre et

mince réticulum rempli à son tour de cellules rondes et polygonales, comme dans la couche externe. Des vaisseaux se rencontrent en assez grand nombre et à quelques places on trouve des granulations pigmentées de couleur brunâtre plus ou moins foncée.

La couche interne, qui est la plus mince, est formée de tissu conjonctif fibrillaire épais renfermant peu de noyaux ; elle est unie à la couche moyenne par un tissu à petites mailles. Cette couche est également pommelonnée de nombreux vaisseaux et ne présente à sa face interne aucune trace de cellules épithéliales ; mais on rencontre par endroits, une cellule de tissu conjonctif.

OBSERVATION XVI. (HILAVA). (résumée).

Un ouvrier de 29 ans, mort d'inanition. On trouva dans le mésentère un grand nombre de kystes ayant des dimensions qui variaient de celle d'un pois jusqu'à celle d'une tête d'enfant et présentant un contenu jaunâtre et transparent. Un de ces kystes du volume d'une pomme et de consistance ferme se trouvait à la réunion de la partie horizontale avec la partie descendante du duodenum et occasionnait un rétrécissement de celui-ci à ce niveau en même temps qu'une dilatation de sa partie supérieure ainsi que de l'estomac. Le contenu des kystes ressemblait à du pus épais, de couleur jaune grisâtre, dans plusieurs presque aussi épais qu'une pâte ; les parois étaient fermes et fibreuses. Au microscope on trouva que le contenu était formé de gouttelettes graisseuses de dimensions variables, de détritits et d'une quantité de cristaux, de différents acides gras et ayant la forme d'aiguilles, de batonnets et de masses. Les plus petits parmi ces kystes montraient la structure intacte d'une glande lymphatique ; cependant une partie des espaces ou interstices lymphatiques était remplie de cristaux d'acides gras ; les vaisseaux afférents et efférents étaient bondés de cellules lymphoïdes. Dans les kystes de dimensions plus fortes on trouvait dans les espaces lymphatiques une masse granuleuse jaune verdâtre mêlée de pigments sanguins, dans d'autres un amas de cellules lymphoïdes. Les parois des kystes les plus volumineux étaient formées de tissu conjonctif solide, pauvre en

vaisseaux et entre les travées de ce tissu se rencontraient des amas de granulations jaunes verdâtres comme dans les kystes de dimensions plus petites.

OBSERVATION XVII. FENOMENOFF. *Contribution à l'étude des kystes chyleux du mésentère* par le Dr UNJENINE et le privat-docent PETROFF. Communication lue à la Société Médicale de Kazan le 19 avril 1888.

La malade, femme d'un marchand de Tomsk, âgée de 26 ans est entrée à la clinique près l'université de Kazan le 10 octobre 1887.

Antécédents de la malade: rougeole dans l'enfance, diphtérie il y a 6 ans. Actuellement elle a des accès de fièvre intermittente dont elle est atteinte depuis 7 ans; les accès sont plus fréquents en été. Réglée à l'âge de 18 ans; ses règles ont été régulières; arrivaient toutes les 4 semaines, duraient 3 jours et n'étaient accompagnées d'aucune douleur. Mariée dans sa vingtième année à un jeune homme de 26 ans. Au commencement le coït ne fut pas douloureux, mais 2 ans après le mariage des douleurs intenses se firent sentir sub coïtu pendant toute la durée de celui-ci. Au dire de la malade la douleur se localisait dans l'utérus. A partir de cette époque les règles furent toujours suivies de pertes blanches. Il y a 2 ans la malade fut prise tout d'un coup de douleurs atroces pendant la miction et de besoins fréquents d'uriner; cette crise ne dura que 3 jours et disparut spontanément. La même crise se renouvela dans les derniers jours du mois de septembre 1887 et guérit comme la première, sans intervention aucune.

Les règles étaient régulières pendant les 2 premières années qui suivirent son mariage, mais ensuite devinrent irrégulières, tantôt elles apparaissent à 2 semaines d'intervalle, tantôt à 3 ou à 6 semaines; la malade perdait beaucoup et avait des douleurs, surtout vers la fin de la menstruation.

Le commencement de sa maladie actuelle date, au dire de la malade, du mois d'avril 1887. Elle raconte que 2 mois avant cette époque, ne voyant venir ses règles elle crut être enceinte et s'adressa à une sage-femme. A cette époque-là elle sentait des douleurs dans la région ombi-

licale et elle constata une sorte de tumeur mobile dans son ventre. Bientôt après elle consulta un médecin qui lui fit badigeonner la région ombilicale avec de la teinture d'iode et lui administra de l'huile de ricin. A la suite de ce traitement elle vit apparaître ses règles sans douleurs, peu abondantes et ne durant que 2 jours, mais la tumeur ne disparut pas ; elle augmentait de volume lentement mais progressivement et se déplaçait d'un endroit à l'autre au moindre mouvement, même pendant le plus simple déplacement du corps. Ensuite les menstruations devinrent de nouveau régulières, (toutes les 4 semaines, durant 3 jours), mais moins abondantes et accompagnées d'une douleur dans l'aîne droite et dans le sacrum.

Actuellement la malade se plaint d'une tumeur mobile indolente, siégeant dans le bas-ventre, de constipation, de fièvre et de céphalalgie. L'état général de la malade est satisfaisant.

L'examen objectif de la malade nous fait constater que son squelette est régulier, la couche adipeuse sous-cutanée est bien développée. La température, le pouls et la respiration sont normaux. Les bruits du cœur sont nets et normaux. A l'inspection le ventre ne paraît pas grand, mais à la mensuration nous trouvons 0, 82 cent. de pourtour. Le palper de l'abdomen nous fait constater à droite de l'ombilic, à 2 travers de doigts plus bas, une tumeur siégeant dans l'intérieur du ventre. L'examen combiné nous fait constater que l'utérus n'est pas augmenté de volume, qu'il se trouve en légère anti-flexion et qu'en le déplaçant par sa portion vaginale la tumeur ne le suit pas dans son déplacement. Le palper de la tumeur, à travers le cul-de-sac droit nous a donné les renseignements suivants. elle est ronde, élastique, de la grandeur de deux poings appliqués l'un contre l'autre ; elle se déplace facilement et peut être explorée à travers le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac gauche, mais pas aussi bien que par le droit.

Dans le cas donné, nous basant sur l'exploration objective qui nous a permis d'affirmer que la tumeur est indolente, élastique, lisse, mobile, sphérique, indépendante de l'utérus, nous avons diagnostiqué kyste de l'ovaire. Les renseignements que nous a fournis la malade ne pouvaient être pris en considération pour nous guider dans le diagnostic, car ces renseignements ne nous fournissaient aucun symptôme caractéristique

de telle ou telle affection. Les troubles de la menstruation que la malade accusait au mois de février 1887, ne peuvent être considérés comme dépendant du développement de la tumeur ; ces troubles ayant disparu et la tumeur continuant son évolution. Donc, il est presque certain que ces troubles avaient pour cause d'autres circonstances et n'étaient pas dus à la tumeur. Mais il y avait un élément qui nous fit douter de notre diagnostic et notamment c'est que nous n'avons pas constaté de modification dans la situation de l'utérus et du vagin, c'est-à-dire qu'ils n'étaient pas déplacés, ce qui arrive toujours en cas de dépendance de la tumeur de l'utérus. D'autre part, on pouvait expliquer cela en supposant que la tumeur possède un long pédicule qui l'empêche d'exercer une traction sur l'utérus et le vagin. Peut-être aurions-nous réussi, en explorant les ovaires par le rectum, de faire un diagnostic par exclusion, mais cette exploration n'a pas été faite. Quant à la percussion, elle est d'un faible secours au diagnostic en pareil cas, car bien souvent, en faisant la laparotomie, on observe des anses intestinales en avant de la tumeur, qui produisent le son tympanique de celle-ci. La mobilité de la tumeur nous fait pressentir qu'elle n'adhère pas aux organes voisins. Après avoir posé le diagnostic de kyste de l'ovaire et sachant que le seul moyen rationnel est son extirpation à l'aide d'une laparotomie, cette opération fut proposée à la malade ; elle y consentit.

Le 31 octobre à 9 h. du soir, la malade fut chloroformée dans une chambre isolée et transportée ensuite dans la salle d'opération. Les téguments de l'abdomen furent lavés selon la méthode préconisée par N. N. Fenomenoff dans son article « 34 laparotomies » et ensuite on fit une incision sur la ligne blanche. L'hémorrhagie fut arrêtée en partie par la torsion des vaisseaux, en partie par une solution chaude d'acide phénique.

Après l'incision du péritoine le kyste parut et fut tout de suite ponctionné ; un liquide lactescent jaillit en quantité égale à 2 tasses à thé.

En introduisant la main dans la cavité de l'abdomen on s'est convaincu que ce n'était pas un kyste de l'ovaire, mais un kyste du mésentère, car la poche était incluse entre les feuillets de cette séreuse.

Toute la poche fut énuclée à l'aide des doigts et les feuillets du mésentère furent suturés avec du fil de soie, et une partie du mésentère située

plus bas que la suture, fut excisée. Ensuite l'opérateur explora les ovaires, ce qui lui permit de constater que l'ovaire droit était augmenté de volume, l'ovaire gauche normal. Après avoir fait la toilette du péritoine à l'aide d'une éponge et d'une solution tiède d'acide borique à 2 0/0, tant que le liquide de lavage ne fut devenu complètement clair, on a suturé les téguments par 3 sutures profondes faites avec du fil métallique et par 7 sutures superficielles faites avec du fil de soie. Le pansement externe fut fait avec de l'iodoforme et ayant recommandé à la malade le repos absolu dans la position dorsale, on lui appliqua de la glace sur le ventre par dessus son pansement.

Toute la période post-opératoire fut apyrétique; ce n'est que le soir du lendemain de l'opération, que la température monta jusqu'à 38°.

La toux, dont la malade fut atteinte par irritation des bronches par le chloroforme, lui causait des douleurs intenses dans la plaie et à l'épigastre, mais cette toux fut calmée par les injections de morphine. 8 jours après l'opération on procéda au changement du pansement; pendant cette opération on enleva deux sutures métalliques; car on constata à l'endroit des piqûres quelques petites gouttes de pus. Celui-ci fut exprimé et le pansement renouvelé. Le 13^e jour on ôta toutes les sutures et on mit le corset. Cette fois on n'a trouvé de pus ni dans la plaie ni dans les piqûres. Le 22^e jour la malade quitta la clinique se sentant complètement guérie.

Le contenu du kyste, à notre grand regret, ne fut pas recueilli. Le kyste lui-même était de la grandeur d'une grosse pomme. L'épaisseur de sa paroi varie de 0,002 millimètres à 1/2 millimètre. On n'a pas remarqué de vaisseaux afférents ni éfférents. La surface interne du kyste est lisse, gris-blanc; la surface externe rude, couverte de flocons fibrineux et adipeux. L'examen microscopique permit de constater que les parties épaissies de la poche sont composées de 3 couches. La couche interne est riche en cellules et en vaisseaux dilatés et remplis de globules rouges. D'un temps en temps on rencontre des extravasations sanguines. Autour de celles-ci et dans d'autres endroits on trouve en grande quantité une sorte de pigment jaune granulé disposé tantôt dans des cellules assez volumineuses et pourvues d'un petit noyau, tantôt dans des interstices cellulaires. Ce pigment provient sans doute de la matière colorante du sang.

Sur la surface interne on trouve par places des cellules plates endothéliales. La couche suivante est fibreuse, pauvre en cellules et en vaisseaux. Dans cette couche on voit des îlots de tissu lymphoïde, lequel tissu par endroits s'amasse en grande quantité et produit de véritables follicules. Sur des préparations convenablement faites on voit très bien le réticulum, dans les mailles duquel on découvre encore des cellules lymphatiques. Là, où le tissu lymphoïde est disparu on voit des foyers de dégénérescence. La couche superficielle est formée d'une couche de tissu fibreux, analogue à la capsule d'un ganglion lymphatique, et d'une couche de tissu cellulo-adipeux. Les parties amincies de la poche ne présentent que 2 couches : l'interne et la moyenne. A mesure que la paroi s'amincit on constate que le tissu lymphoïde devient de plus en plus rare.

OBSERVATION XVIII. (TROMBETTA) *Kyste du mésentère*. Communication faite au 5^e congrès de la société italienne de chirurgie tenu à Naples en 1888.

Le 10 février de la présente année fut amenée à ma clinique une fillette de 10 ans qu'on disait atteinte d'une tumeur abdominale. Sa mère raconta que jusqu'à 10 mois avant de venir à la clinique l'enfant s'était toujours bien portée, lorsque pendant la nuit et sans cause appréciable elle fut prise de fortes douleurs du ventre qui, partant de l'ombilic, s'irradièrent dans tout l'abdomen. Elles durèrent toute la nuit et s'accompagnèrent de vomiturations et de vomissements de substances alimentaires mêlées à beaucoup de salive. La défécation ne fut pas interrompue et les urines étaient normales. Le lendemain les douleurs cessèrent pour reparaitre deux jours après plus fortes et accompagnées de fièvre intense. Cette fois encore il n'y eut aucune interruption dans le cours des matières fécales. Pendant 4 mois ces phénomènes se renouvelèrent et disparurent plusieurs fois à des époques irrégulières.

Ce ne fut qu'au mois d'août 1886 que la mère découvrit que sa fille avait dans le ventre un corps dur, élastique gros comme une pomme et qui se déplaçait très facilement dans la cavité abdominale.

A partir de ce moment la tumeur augmentait lentement le volume produisant des accès douloureux accompagnés de vomissements.

Quelquefois la douleur était suivie de météorisme et de fièvre intense ; les vomissements ne contenaient jamais de matières fécales.

La défécation ordinairement normale devenait diarrhéique après l'accès sans s'accompagner de mucus, de sans ni de pus. La diarrhée continuant et la nutrition de la malade devenant de plus en plus mauvaise, la mère la conduisit à notre clinique. C'est une fillette médiocrement développée et très amaigrie.

L'abdomen n'est pas symétrique ; à droite de la ligne médiane et au niveau de l'ombilic on sent une intumescence en rapport avec laquelle on découvre une tumeur de la forme et du volume d'une grosse orange que l'on peut limiter avec les doigts des deux mains passés au-dessous de celle-ci à travers les parois abdominales qui sont assez souples et dépressibles.

Elle est lisse, fluctuante et sans battements. Elle se déplace facilement et peut-être refoulée en haut vers l'arcade costale droite ou gauche jusqu'à disparaître dans les hypocondres correspondants. Elle se déplace aussi très facilement vers les flancs ; en bas elle descend dans les fosses iliaques sans entrer dans le petit bassin.

La percussion dans la région occupée par la tumeur donne un son mat partout autour un son tympanique ; la palpation profonde autour de la tumeur est douloureuse, la tumeur est par elle-même peu sensible.

Pendant le temps que la fillette restait à la clinique les accès douloureux et les vomissements continuèrent comme par le passé ; ils se montraient à l'improviste et cessaient en laissant une diarrhée bientôt nuisible.

Quelle que fût la position de la tumeur, la jeune fille sentait les douleurs commencer dans le centre épigastrique et de ce point s'irradier dans tout l'abdomen. Pendant un de ces accès je voulus voir si le déplacement de la tumeur déplacerait le siège de la douleur ou en modifierait l'intensité ; mais malgré tous les mouvements imprimés dans les différentes directions déjà citées, il ne me fut pas donné d'obtenir aucun changement dans le siège et l'intensité de la douleur. En examinant cette tumeur je pensai d'abord qu'il pourrait s'agir d'un rein mobile ; mais sa forme nettement arrondie, la fluctuation évidente, la grande mobilité dans tous les sens, soit à droite soit à gauche de la ligne médiane, me

firent rejeter cette hypothèse et admettre au contraire un kyste de l'épiploon ou du mésentère; j'inclinai ensuite vers la première de ces deux hypothèses parce que la tumeur était trop superficielle et aucune anse intestinale n'était interposée entre elle et la paroi abdominale. Quand à sa nature je pensai qu'il pouvait s'agir d'un kyste dermoïde ou d'un kyste hydatique.

Les accès douloureux et les vomissements, je les attribuais aux tractions que le kyste en se déplaçant devait exercer sur l'épiploon ou sur le mésentère, ou bien à la compression qu'il exerçait tantôt sur une anse tantôt sur une autre intestinale. En égard à la fréquence des accès et au dépérissement toujours croissant de la malade je me décidai à agir et au plus vite.

La ponction exploratrice ne me parut pas indiquée car elle est dangereuse dans un kyste dermoïde; je me décidai donc pour la laparotomie. Malheureusement je ne pus, à cause de travaux d'installation qui devaient s'effectuer dans la clinique, mettre mon projet tout de suite à exécution. Le 9 mars fortes douleurs et vomissements de matières jaunâtres sans défécation depuis la veille, ventre quelque peu gonflé. Le 10 continuation des douleurs et des vomissements, le ventre très gonflé, un bain tiède et les opiacés apportent quelque soulagement. La nuit suivante les vomissements devinrent très fréquents et le matin du 11 ils contiennent des matières verdâtres presque fecaloïdes; le météorisme est très accentué, la tumeur peu apparente. Un bain et un lavement grâce auquel se produit une évacuation de matières fécales dures comme des noix. La fillette est très abattue, la température descend à 36°. Mon premier assistant qui, pendant la maladie dont j'étais atteint à ce moment, dirigeait la clinique crut d'abord qu'il s'agissait d'un accès analogues aux précédents, et en espérait, comme les autres fois, la résolution, mais voyant que les choses allèrent mal et se trouvant en présence de phénomènes d'une occlusion complète, il vint me demander ce qu'il fallait faire et je l'autorisai à faire immédiatement la laparotomie. Il se mit aussitôt à faire les préparatifs nécessaires, mais entre temps la fillette tomba dans un tel collapsus qu'il crut toute intervention inutile et en effet la petite malade mourut dans la nuit. A l'autopsie faite le lendemain se trouvaient des signes de péritonite générale. La tumeur du vo-

lume d'une grosse orange siégeait à *droite de la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic* et était entourée d'anses intestinales pleine de gaz.

En tirant dessus on voyait que le kyste était implanté par un pédicule long de 5 centimètres et large de 2 centimètres sur le bord intestinal du mésentère de l'iléon, à 30 centimètres environ de la valvule ileo cocale.

L'anse de l'iléon qui répondait au point d'implantation de la tumeur était repliée sur elle-même et il était évident qu'une telle position avait été produite par un mouvement de torsion du pédicule du kyste, par lequel s'était formé un volvulus de l'iléon par torsion autour de l'axe mésentérique.

Le feuillet péritonéal gauche, avant de passer sur l'anse intestinale correspondante s'étendait sur le kyste et lui fournissait une enveloppe complète. Il ne fut pas possible de séparer entièrement le pédicule du kyste de la paroi intestinale adjacente, parceque le feuillet péritonéal de celle-ci, au lieu d'entourer complètement l'intestin et s'unir à l'autre feuillet péritonéal pour former le mésentère, un centimètre environ avant de le rejoindre il passait sur le pédicule du kyste pour constituer l'enveloppe péritonéale. Les anses intestinales placées au-dessus du kyste étaient distendues et rougeâtres, celles placées au-dessous étaient flasques et normales. Dans la cavité péritonéale il n'y avait que très peu de liquide troublé, autour du kyste peu d'exsudat sero fibrineux. Dans le mésentère près du point d'implantation du kyste se trouvaient quelques ganglions lymphatiques plus gros et plus durs qu'à l'état normal. Le contenu du kyste était lactescent un peu sale comme de la craie délayée.

Le professeur d'anatomie pathologique qui fit l'autopsie diagnostiqua un abcès par suppuration d'un ganglion lymphatique du mésentère et jugea la mort produite par occlusion de l'intestin après volvulus de l'intestin grêle. Malheureusement, au moment de l'autopsie on n'était pas assez pénétré de l'importance du cas de sorte que ni l'analyse chimique du contenu ni l'examen microscopique de celui-ci et comme de la paroi du kyste ne furent faits.

OBSERVATION XIX. — RASCH. *Kyste chyleux volumineux du mésentère. Suture à la paroi. — Guérison.* (Résumé).

Une femme de vingt-et-un ans entre au Deaconesses' hospital. 9 fév. 1889.

Santé habituellement bonne. Quelques malaises au moment de ses règles. Trois semaines avant son entrée, elle souleva une lourde malle. Huit jours plus tard, elle fut réveillée la nuit par de vives douleurs dans le côté gauche, qui persistèrent malgré le traitement médical.

Examen du Dr Rasch : Femme brune, bien constituée mais anémique. Race juive. Rien aux poumons, au foie ni au cœur. Ligne brune abdominale pigmentée. Une grosse tumeur arrondie, élastique, *presque fluctuante*, occupait la partie du côté gauche de l'abdomen. Son bord droit dépassait d'un pouce et demi la ligne médiane, et le bord gauche en était à quatre pouces. L'extrémité inférieure atteignait le bassin, et l'extrémité supérieure arrondie dépassait de deux doigts l'ombilic. Utérus normal. Sans rapport avec la tumeur. Repos au lit pendant quelques jours. Douleur modérée. Appétit médiocre.

Le 13 février, la tumeur a augmenté par sa partie supérieure. Il semble qu'elle bombe plus dans le flanc gauche ; les douleurs du côté *et du dos* ont augmenté. T. oscille entre 97°4 et 99° F. Aucun trouble du côté de la vessie.

Diagnostic : Kyste parovarien.

Laparatomie médiane le 22 mars. Le péritoine est retenu à l'incision cutanée par un point de suture temporaire, puis incisé largement. La tumeur était rose pâle, très luisante, sans adhérences aux organes voisins. Par la ponction, un liquide ressemblant à du lait jaillit avec force. Il en tomba un peu dans le péritoine. On crut à du pus très clair. L'incision fut agrandie au-dessus de l'ombilic. Tirant alors sur les parois du kyste pour le vider, on vit que cette tumeur était formée par les deux feuillets du mésentère, séparés par un liquide laiteux. L'intestin grêle lui adhérait. La main, introduite dans la poche, atteignait la colonne vertébrale. La paroi interne du kyste, très congestionnée, suintait abondamment. Un petit morceau de la poche fut enlevé pour l'exa-

men histologique. Utérus, ovaires et ligament gauche sains. Mais sur le ligament large droit se trouvait un kyste à parois très minces, transparent, de la grosseur d'une noix. Il fut ligaturé et coupé. Son contenu était un liquide clair, jaune paille. Nettoyage avec des éponges imbibées d'eau boriquée chaude. Le kyste fut suturé à la plaie abdominale. Drainage à la gaze iodoformée. La plaie, saupoudrée d'iodoforme, fut recouverte de gaze au sublimé.

On recueillit six pintes (3 litres 40) dont une partie fut gardée pour l'examen. La malade était un peu affaiblie vers la fin de l'opération.

Injection sous-cutanée d'eau-de-vie. A son réveil, la malade, très agitée, se plaint de douleurs abdominales. Injection sous-cutanée de morphine (6/1 de grain).

Le Dr Fergusson examina le liquide deux heures après l'opération. Il remarqua que sa couleur, blanche, se changeait en rose et qu'il existait une notable quantité de caillots durs et roses. Poids spécifique, 1,015. Réaction alcaline. Au microscope, corpuscules lymphatiques, quelques globules sanguins, peu de cristaux de cholestérine et de globulus graisseux. On trouve aussi quelques fines granulations. Le liquide devient clair par l'addition d'éther. Le Dr Mitchels, du German Hospital, trouva, le lendemain, les mêmes caractères du vrai chyle.

Examen histologique de la paroi : Aucune membrane épithéliale, péritoine et couche conjonctive sous-séreuse étaient épaissis. Le kyste était donc formé par la simple séparation des deux feuillets du mésentère par le chyle.

Suites de l'opération : Nuit assez bonne. Le lendemain, quelques vomissements. Malade affaiblie. Lavage du kyste à l'eau boriquée. Pansement. Température du matin, 99° F. 100,5 F.

24 mars. — Pansement n'est pas souillé.

25 mars. — Écoulement considérable séreux, sans odeur. Température normale.

26 mars. — Écoulement peu abondant, laiteux (globules de pus et de graisse).

30 mars. — On enlève les points de suture supérieurs, bonne réunion.

2 avril. — Écoulement laiteux considérable, tous les points de suture sont enlevés. Température normale.

6 avril. — Les règles apparaissent.

24 avril. — Écoulement laiteux n'a pas diminué. On tamponne la cavité avec la gaze-iodoformée.

25 avril. — T. 100.8 F. Douleur abdominale. Le tamponnement a occasionné de la rétention, on lui substitue un drain. La malade pèse 104 livres. Elle en pesait 134 à son entrée.

9 mai. Les caractères et la quantité de l'écoulement n'ont pas varié. Douleurs abdominales. Température normale.

15 mai. — Écoulement moins abondant.

25 mai. — La malade pèse 114 livres.

28 mai. — Le drain est sorti pendant la nuit. La plaie est presque complètement fermée. Bonne cicatrice.

La malade est renvoyée guérie. Elle continue à se bien porter.

(RASCH. *Transaction of the Obstetrical Society of London*, 1889.)

OBSERVATION XX. (MENDÈS DE LÉON). — *Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie* 1890. 2^e Jaargang — Aflevering 2.

Une femme de 27 ans, se présente à Mendès de Léon, pour un ballonnement du ventre. Voici les anamnestiques. Mariée à 21 ans, accouche d'un enfant bien portant.

Au palper abdominal grosseur fluctuante du volume d'une noix de coco, médiane, existant surtout dans la région ombilicale et facilement mobile dans toutes les directions. Le diagnostic reste douteux. L'ouverture du ventre montre qu'on a affaire à un kyste. On n'ose pratiquer l'extirpation total du sac de peur d'amener une gangrène partielle de l'intestin. On soude l'ouverture de la poche à la plaie abdominale par des sutures, et on trouve septième jour un prolapsus d'une anse d'intestin tuméfiée qu'on ne peut réduire dans l'abdomen. On rouvre le ventre et on découvre dans une des parties de la poche un petit kyste qu'on ponctionne. Il sort un liquide blanchâtre. Lavage du kyste et de l'abdomen, on le suture de nouveau à la plaie abdominale.

Ce liquide blanchâtre contenait de l'albumine, de la globuline, de la caséine d'albumine, pas de peptone, ni de cristaux d'acides gras et de cholestérine.

Guérison totale au bout de 4 semaines.

OBSERVATION XXI. (GUSSEROW).

Madame R. âgée de 25 ans, entre à la clinique le 17 avril 1889 à cause d'une tumeur abdominale qui avait été prise, au début, pour l'utérus gravide.

Elle est réglée depuis l'âge de 18 ans mais toujours d'une façon irrégulière et ses menstrues sont peu abondantes. Les dernières règles ont eu lieu au mois de janvier 1889 ; cette dernière circonstance a contribué au diagnostic de grossesse. Depuis le mois d'octobre 1888 des douleurs vagues existent dans l'abdomen et dans la région lombaire ; c'est à partir de cette époque que la malade a observé elle-même le développement d'une tumeur dans l'abdomen et a attribué son état à la chute sur son ventre d'un sac de pommes de terre qui a eu lieu à l'automne de 1888. Cette femme, à la constitution robuste et à l'aspect bien portant présente un abdomen très-proéminent. Au centre, on aperçoit à la palpation une tumeur dure qui dépasse en haut l'ombilic mais que l'on ne peut suivre en bas jusqu'au bassin. La percussion donne au-dessus de la tumeur de la matité partout ; à la partie inférieure, aussi bien sur les côtés qu'au dessus de la symphyse, le ventre est sonore.

Fluctuation de la tumeur nettement perçue. En examinant les organes internes on constate que le bassin est entièrement libre. L'utérus, en légère antiflexion et dévié à droite a conservé un volume normal. Par le toucher on sent, à travers le cul-de-sac vaginal antérieur la limite inférieure de la tumeur en question. Plusieurs ligaments en forme de corde semblent le relier au fond de l'utérus. Urines normales.

Dans ces conditions il est impossible de faire un diagnostic précis. Le siège de la tumeur, sa fluctuation pouvaient faire songer à un kyste de l'ovaire ; mais en admettant cette hypothèse comment expliquer l'absence de tout rapport de la tumeur avec l'appareil génital, d'autant plus qu'il existe de la sonorité entre la tumeur et le bassin et finalement, que cette

tumeur qui en volume dépasse à peine une tête d'adulte, est peu mobile et semble fixée dans la ligne médiane à la colonne vertébrale.

La situation de la tumeur, l'absence de zone sonore au-devant d'elle et l'état normal des urines excluent toute tumeur rénale.

Le 20 avril 1889 on procède à la laparotomie. Par la plaie abdominale se montre aussitôt la tumeur, du volume d'une tête d'adulte, nettement fluctuante et recouverte par le grand épiploon qui a contracté des adhérences avec elle. Après ligature et séparation des adhérences on remarque la couleur rouge foncé de la tumeur dont les parois sont manifestement très riches en vaisseaux sanguins. Par une incision exploratrice il s'écoule un liquide grisâtre d'aspect huileux et la tumeur étant maintenant prise pour un kyste dermoïde on referme la petite ouverture pour aller à la recherche du pédicule. On découvre aussitôt qu'il y a des adhérences sous formes de cordons solides et épais entre le bord inférieur de la tumeur et le sommet de la vessie. Après séparation de ces adhérences, la main étant introduite dans le bassin, on peut facilement constater que la tumeur ne présente aucune connexion avec l'appareil génital. Utérus et ovaires à l'état normal.

Après avoir prolongé l'incision en haut on voit que la tumeur est placée entre les deux feuillets du mésentère, ses parois se confondent avec la paroi de l'intestin.

A l'angle supérieur de l'incision on voit la tumeur se continuer sous forme de pédicule derrière l'intestin et se diriger, en diminuant de volume, vers la colonne vertébrale. Dans cette extrémité plus étroite de la tumeur se trouvent de gros paquets de veines variqueuses et à parois épaisses.

J'ouvre maintenant la tumeur de nouveau et vide son contenu qui se compose d'environ 2 litre 1/2 d'un liquide jaune grisâtre, de consistance bouillie claire et d'aspect boueux, liquide qui ne se coagule pas même après un repos prolongé. Après lavage du sac et de la cavité abdominale avec une solution chaude d'acide salicylique on voit un liquide grisâtre s'échapper doucement par de petites ouvertures placées à différents endroits dans les parois du sac et se vidant dans l'intérieur de celui-ci. On enlève ensuite avec le bistouri la plus grande partie de la paroi du sac et les bords de ce dernier sont suturés à la plaie abdominale. Ce sac béant

et peu profond est légèrement bourré de gaz iodoformée et un sondage à compression est appliqué.

Le liquide ne se coagule pas, même après un repos prolongé; il a l'aspect d'un lait peu épais ou du chyle et présente à l'examen microscopique, presque exclusivement des globules graisseux et de fines gouttelettes de graisse sans mélange avec d'autres éléments morphologiques. Par inadvertance l'examen chimique fut malheureusement négligé. La cavité a diminué si rapidement qu'à partir au 11^e jour toutes les sutures ont pu être enlevées successivement. Dans la profondeur du sac on voit 3 ou 4 petits orifices vasculaires livrer passage à un liquide laiteux qui imbibe la gaze et se coagule au fond du sac. Le liquide recueilli avec une pipette ne montre à l'examen microscopique peu des globules graisseux et des cellules isolées. Le liquide s'éclaircit quand on l'agite avec de l'éther mais il devient tout à fait transparent par un mélange d'éther et de lessive de soude. L'extrait éthéré laissé à l'évaporation une grande quantité de graisse.

Le rétrécissement continu du sac amena à partir de la 7^e semaine l'arrêt de toute sécrétion et la plaie de la paroi abdominale se ferma complètement de sorte que le 22 juin (deux mois après l'opération) la malade put quitter la clinique entièrement guérie sans trajet fistuleux ni tumeur dans la profondeur de la cavité abdominale.

OBSERVATION XXII. (CARSON). *Chylous cyst of the Mesentery, with a report of case by M. B. CARSON of St. Louis; in journal of the American Medical Association, 1890, p. 674.*

Je vis le malade pour la première fois il y a 3 ans et à cette époque je l'ai eu en observation pendant 3 mois, lorsque je l'ai perdu de vue jusqu'au mois de février de la présente année.

A sa première visite il a donné les renseignements suivants: M. J. sujet norvégien âgé de 39 ans, marié, manufacturier, habite St. Louis depuis 15 ans, blond, de tempérament lymphatique, de taille moyenne, élancé, bien nourri, pesant environ 150 livres.

Antécédents héréditaires bons ; son père et sa mère ont atteint un âge avancé.

Il a toujours joui d'une bonne santé si l'on excepte un accès d'impaludisme à l'âge de 24 ans, et une fièvre typhoïde il y a cinq ans ; il s'est promptement remis de chacune de ces maladies.

Quand on l'examina la première fois on trouva une tumeur du volume d'une tête de fœtus, de forme globuleuse, à égale distance de l'ombilic et de pubis, un peu à droite de la ligne médiane, mobile autour de son point d'attache, que l'on pouvait facilement limiter à la 1^{re} et 2^e vertèbres lombaires.

On fit le diagnostic de kyste mésentérique et pour déterminer ses vrais caractères j'appliquai un aspirateur et retirai un liquide blanchâtre, à l'aspect laiteux que je reconnus immédiatement comme étant du chyle. Après avoir vu le contenu et remarqué la situation du kyste et de son pédicule qui semblait court, je changeai mon premier diagnostic en celui de kyste de la citerne de Pecquet, cas plus fréquent, d'après la littérature médicale que j'avais à ce moment à ma disposition, que celui de kyste chyleux du mésentère.

Pendant les 3 mois que le malade était en observation, il ne semblait pas que la poche devait se remplir. Je le perdis alors de vue jusqu'au mois de février de cette année, lorsqu'il me fit appeler et je le trouvai avec une inflammation locale autour de la tumeur qui avait atteint les dimensions d'une large tête d'adulte. Le malade nous dit que la tumeur était restée presque stationnaire quelque temps après la ponction, mais qu'en ces derniers temps elle avait augmenté d'une façon continue et assez rapide et devenant depuis peu de temps gênante et inquiétante.

Jusqu'au moment de l'attaque aiguë l'état général de notre malade avait été bon, son poids restant sensiblement le même... 150 livres. La situation de la tumeur n'avait pas varié et le seul changement qu'on pût observer était son augmentation de volume. Je conseillai d'enlever cette tumeur aussitôt que l'état du malade le permettrait et comme celui-ci y consentit sans hésiter je pratiquai la laparotomie le 3 mars.

Après avoir retiré du sac 5 pintes d'un liquide en tous points semblable à celui qui avait été enlevé 3 mois auparavant, je suturai d'abord les surfaces péritonéales, ensuite les parois du kyste à la peau, comblant la

cavité avec de la gaze iodoformée. Le malade se remit rapidement et est maintenant à même de vaquer à ses affaires.

Je suis redevable au Dr Bremer de l'analyse suivante du kyste :

Le liquide est de couleur crème, blanchâtre. Sa densité est de 20° 14, sa réaction, alcaline ; il contient de l'albumine mais pas de fibrine.

Au microscope on trouve de grandes cellules granuleuses en abondance ; le protoplasma de quelques unes de ces cellules a subi la dégénérescence graisseuse avec tous les degrés d'intensité. Leurs éléments anatomiques principaux consistent en petits globules graisseux ressemblant en volume à ceux contenus dans le lait. Des cristaux de chlorures de sodium se rencontrent également en grand nombre ; une analyse chimique superficielle permet de constater la présence de chlorures, de carbonates et de sulfates.

Ce fait, qu'on trouve des cellules contenant du protoplasma frais et intact, tendrait à prouver que le kyste auquel on avait retiré le liquide, était d'une façon quelconque en rapport avec un canal charriant des cellules fraîches, probablement avec les gros lymphatiques ou avec la citerne de Pecquet.

Le liquide ne montra 2 mois après l'opération, aucun signe de putréfaction. Les parois du kyste étaient épaisses ; dures à l'extérieur et par endroits rugueuses et irrégulières, ce qui était sans doute dû à l'inflammation récente.

La paroi droite était plus épaisse que la gauche, et la face interne était lisse et pour la plupart recouverte de lamelles jaunes paraissant de nature fibreuse. Les parois du kyste contenaient de nombreux vaisseaux sanguins, dont quelques uns volumineux, cependant peu de sang s'échappait au moment de l'incision.

OBSERVATION XXIII. *Demons* — *Kyste multiloculaire (chyleux et sanguin) du mésentère. Marsupialisation — Guérison.* (Th. d'ARÉKION).

Marie G..., 34 ans, cultivatrice. Entre le 26 mai 1891, à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Demons.

Antécédents. — Rien à noter. Un enfant il y a 14 ans.

Histoire de la maladie. — La tumeur a débuté il y a 5 ans par la région hypogastrique. Elle s'est élevée peu à peu vers l'épigastre. Son accroissement a toujours été progressif sans la période d'arrêt ou d'augmentation brusque.

Pendant les quatre mois qui suivirent son début les règles furent supprimées. Puis elles revinrent et restèrent normales pendant quatre ans, depuis un an elles ont cessé complètement.

A mesure que grossit la tumeur, la malade ressentit quelques douleurs aiguës dans l'abdomen, et lorsqu'elle eut acquis un certain volume, elle déterminait des troubles respiratoires (dyspnée) qui nécessitèrent cinq ponctions. On retira chaque fois un liquide épais couleur chocolat.

Dans ces derniers temps la malade a présenté de l'œdème des membres inférieurs, surtout celui de gauche.

Etat actuel. — 27 mai 1891. La malade était pâle, émaciée, cachectique.

Signes physiques. — Le ventre est volumineux ; fait une forte saillie en avant, a une forme conique. La peau est distendue, marbrée de vergetures. Le réseau veineux sous-cutané présente un développement normal. L'ombilic est un peu élargi, déplié.

A la palpation on sent une tumeur rénitente à surface lisse, facile à circonscrire par la palpation. En haut elle s'étend jusque dans la région épigastrique et les hypochondres sous lesquels on la perd. Latéralement elle va jusque dans les flancs. En bas elle s'étend jusqu'au pubis : on ne peut passer la main entre cet os et la tumeur.

Lorsqu'on la saisit avec les deux mains, on s'aperçoit qu'elle est fixée de toutes parts dans la cavité abdominale. Elle ne peut être mobilisée en aucun sens. On sent de la fluctuation, non pas dans tous les points diamétraux de la tumeur, mais en certains endroits seulement.

La percussion donne de la matité sur toute sa surface antérieure

Latéralement, surtout à droite, on trouve la sonorité normale des colons refoulés en arrière. La matité ne varie pas en faisant changer la position de la malade.

Symptômes fonctionnels. — Quelques légères douleurs dans l'abdomen. Depuis un an aménorrhée complète.

Symptômes de voisinage. — Par le toucher vaginal on constate que le col est abaissé, mais n'est pas dévié.

1^o Du côté de l'appareil urinaire difficultés de la miction ; la malade est obligée de faire de grands efforts pour uriner et de comprimer fortement son abdomen avec les mains ou une ceinture.

2^o Du côté de l'appareil digestif : pas de vomissements. Appétit conservé. Selles normales : pas de constipation.

3^o Du côté du système veineux : pas d'hémorroïdes, pas de varices des membres inférieurs : œdème des deux jambes, surtout de la gauche.

4^o Du côté du système nerveux : pas de douleurs irradiées dans les parois abdominales ou les membres inférieurs.

5^o Du côté de l'appareil respiratoire nous notons une dyspnée assez vive ; parfois des crises d'étouffements.

6^o Cœur sain.

Opération. — Le 14 juin 1891. Chloroforme. Après lavage antiseptique du champ opératoire. Incision sur la ligne médiane. On tombe sur la tumeur sans pouvoir distinguer le feuillet pariétal du péritoine. Ponction du kyste, on retire un liquide couleur chocolat, épais, visqueux, miroitant, contenant des paillettes de cholestérine. Le kyste n'est pas complètement vidé. Seconde ponction : liquide laiteux, épais, visqueux, analogue à une solution épaisse de gomme. On ponctionne d'autres kystes. On essaie d'en énucléer, mais partout existent des adhérences intimes. Avec la main introduite dans les différentes poches ainsi vidées, on peut aller très loin jusqu'au fond des hypochondres et contre la colonne vertébrale qu'on peut pincer entre les doigts ; elle n'est séparée de la main que par l'épaisseur des parois du kyste. En bas la cavité s'arrête au niveau du détroit supérieur. Vu l'impossibilité d'énucléer la poche on fait la marsupialisation.

Suites de l'opération. — Les jours suivants peu de fièvre. La température oscille entre 38, 2 et 37, 8. Les parois se recouvrent d'une membrane blanc grisâtre. Pas de suppuration ; mais sécrétion abondante d'un liquide clair.

Le 22 juin. — La cavité se rétrécit de plus en plus ; les parois commencent à bourgeonner ; les portions sphacélées s'éliminent peu à peu. Etat général excellent. Pas de fièvre. La malade se promène.

L'examen histologique n'a pas encore été fait, mais il est probable que la paroi avait une structure analogue aux kystes de même nature dont nous avons donné l'examen microscopique.

Pour résumer les cas de kystes chyleux où il y a eu intervention chirurgicale nous ajoutons le tableau suivant :

AUTEURS.	SEXE.	AGE.	VOLUME.	TRAITEMENT	RÉSULTAT.
1 Bramann	homme	63	Tête d'enfant.....	Marsupialisation	guérison
2 Carson.....	—	42	Tête d'adulte.....	—	—
3 Demons.....	femme	34	Très volumineux.....	—	—
4 Durante.....	—	22	(plus grand diamètre 48 c. m. plus petit — 42 »)	Extirpation	—
5 Fenomenoff.....	—	26	Contenait 1,75 litre de chyle...	—	—
6 Fetherston.....	—	—	Forté tête d'adulte.....	—	—
7 Gusserou.....	femme	25	22 centimètres de diamètre....	Marsupialisation	—
8 Killian.....	—	61	Tête d'adulte.....	—	—
9 Küster.....	—	24	Noix de coco.....	Extirpation	mort
10 Mendès de Léon...	—	27	Tête de fœtus.....	Marsupialisation	guérison
11 Millard et Tillaux.	homme	31	(Très volumineux ; contenait 3 1/2 litres de chyle.....	Extirpation	—
12 Rasch.....	femme	21	(Très volumineux ; contenait 6 litres de chyle.....	Marsupialisation	—
13 Roth.....	—	32	Volume du poing.....	Extirpation	mort
14 Rubeska.....	—	49	Tête de nouveau-né..	—	guérison
15 Solman.....	—	20	Tête de fœtus.....	—	—
16 Tuffier.....	homme	46	Tête d'enfant.....	—	—
17 Werth.....	femme	—	(On retira en plusieurs fois 3 1/2 litres de liquide.....	Ponction	mort
18 Winiwarter.....	—	4 m.			

CONCLUSIONS.

1° On rencontre dans le mésentère des productions kystiques, à contenu particulier et qui méritent de faire l'objet d'une classification spéciale. A cause des caractères du liquide contenu dans leur cavité, et qui est comparable en tous points à du chyle, on a donné à ces productions le nom de kystes chyleux.

2° La structure de la paroi de ces tumeurs est telle, qu'on est, croyons nous, autorisé en l'état actuel de la science, à les faire dériver des organes lymphatiques contenus dans le mésentère. En certains cas ces productions ont pu être rattachées au canal thoracique ou à la citerne de Pecquet. Dans d'autres elles étaient manifestement d'origine ganglionnaire et l'observation de Hlava apporte un sérieux appoint à cette manière de voir.

Il est d'autres circonstances où on a pu les faire dériver des gros vaisseaux lymphatiques qui irriguent le mésentère.

3° Les kystes ne sont caractérisés par aucun signe pathognomonique.

On pourra cependant les diagnostiquer en analysant avec soins les symptômes suivants.

Forme lisse de la tumeur, consistance rénitente et fluctuante. Matité au point culminant sonorité périphérique. Mobilité excessive permettant des déplacements fort étendus.

Constipation presque constante chez les malades qui sont affectés de cette maladie.

Crises douloureuses intermittentes survenues au cours de l'évolution morbide.

Telles sont les signes qui permettent de faire le diagnostic de kyste du mésentère.

4° La ponction pourrait seule permettre de faire le diagnostic de la variété du kyste ; en tout cas, elle ne peut être faite qu'après localisation attentive de la tumeur. Mais un cas de Lawson Tait et Terrillon, en montrant l'impossibilité d'une interposition d'anses aplaties et comprimées au point de ne fournir que de la matité, à l'endroit où elles sont interposées, contr'indiquent à notre avis, toute exploration par le trocart.

5° On doit opérer rapidement ces tumeurs, car abandonnées à elles-mêmes, elles entraînent une terminaison fatale.

Les procédés de choix sont l'extirpation complète et la marsupialisation de la poche.

La marsupialisation semble recommandée par les résultats statistiques.

Nous croyons cependant qu'elle ne doit être pratiquée que lorsqu'on se trouve dans l'impossibilité absolue d'exécuter l'énucléation totale, soit par suite des adhérences trop intenses de la tumeur, soit par la nécessité où serait l'opérateur de léser un grand nombre de vaisseaux mésentériques dont l'oblitération menacerait la vitalité de l'intestin.

Vu :

par le doyen, Vu : par le Président de la thèse,

BROUARDEL TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

le vice-recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

ALBERS : *Hannoversche Annalen für die gesammte Heilkunde* 1836. I Band, 2, pag. 322.

ARÉKION : *Etude sur les kystes du mésentère*. Thèse de Paris, juillet 1891.

AUGAGNEUR : *Tumeurs du mésentère*. Thèse d'agrégation Paris, 1886

BARTH : *Kyste ganglionnaire du mésentère*. Bulletin, Société anatomique, 1848.

BELLATTI : *Delle cisti linfatiche e sierose del péritonéo*, thèse de Rome 1891.

BERGMANN (von) voir Bramann.

BIANCHI : *A proposito di una cisti ematica del mesentère* ; Comunicazione fatta alla società italiana di chirurgia, octobre 1891.

BÖGEHOLD : *Ueber de Verletzungen des ductus thoracicus*. Von Langenbecks archiv. band XXIX 1883, pag. 443.

BÖCKEL : *Des kystes pancréatiques*. Paris 1891.

BRAMANN : *Ueber Chyluscysten des Mesenteiriums*. Langenbecks archiv-Bd. XXXV, Heft, I.

BRUCY : *Etude sur les kystes séreux des ganglions lymphatiques*. Thèse de Paris 1876.

BUCKNER : *American Journal of medical science* 1882.

CARSON : *Chylous Cyst of the Mesentery* : *Journal of the American Medical Association* may, 1890 p. 674.

COLLET : *Essai sur les kyste du mésentère*. Thèse de Paris 1884

COPPENS : *De la laparotomie suivie de drainage dans les kystes du mésentère*. Bulletin Médical. Paris 1888.

DELMES : *kyste du mésentère*. Thèse de Paris juin 1891.

DEMONS : *kysté multiloculaire (chyleux et sanguin du mésentère)*, in thèse d'Arékion, Paris 1891.

DOERSCHLAG : *Zur Casuistik der Cysten des Mesentiriums*. Inaugural. Dissertation, Greifswald 1891.

DUCASSET : *kystemultiloculaire à contenu chyleux et séreux*. *Bulletin Soc. Ant.* 1848.

DURANTE : *Cisti linfatica del grande epiploon. Voir Bellati: delle cisti linfatiche e sierose* thèse. de Rome 1891.

DURET : voir observation XXVI in thèse de Delmes.

ENZMANN : *Beiträge zur pathol. Anatomie des ductus thoracicus*. Dissertation Basel, 1883.

FENOMENOFF : *Öunjenine et Pétroff: K'voprossou o chilozyhch Kitach bryjeiki*. Rapport lu à la Société de médecine de l'Université de Kazan le 19 avril 1888.

FETHERSTON : *Chyle cyst of the Mesentery*. *Australian Medical Journal*. Melbourne, June 1890.

FRAIPONT : *Un cas de tumeur du mésentère*. *Annales de la société médico-chirurgicale de Liège* novembre 1889.

FRENTZEL : *Zur Semiotik und Threrapie mesenterialer Cysten*. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* Band 33, 2 und 3 Heft.

GJORGJEVIC : *Sur la lymphorrhée et le lymphangiome*. [Langenbeck's Archiv. Bd 5. 641

GEYL-LANGEVELD : *Een geval van asdraaiing der radix mesenterii, gecombineerd met cysten en vaste tumoren in het mesenterium*. *weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 1890 n° 16.

GOGGANS : *Laparotomie pour kyste du mésentère*. Communication faite à la *Southern surgical and gynecological association, Amérique du Nord* et analysé dans le *Bulletin médical* du 6 janvier 1892.

GROSSMANN : *Ueber primäre Tumoren im Peritoneum Netz und mesenterium*. Inaugural. Dissertation. Halle 1887,

GUSSEROW : *Lymphcyste des Mesenterium*. Charité. *Annalen*. Band VX. 1890.

HAHN : *Ueber mesentériale Cysten*. *Berliner Klin Wochenschrift* 1887 n° 23.

HLAVA : *Sbornik lekarsky*. Vol. I. pag. 466. Prague 1887 (en tchèque) et dans *Centralblatt für Gynakologie* n° 49, 1889.

KAIN : *Strangulation of the jejunum produced by an encysted tumour of the Mesentery.* Charleston medical Journal 1848.

KILLIAN : *Eine grosse, retroperitoneale Cyste mit chylusartigem Inhalt,* Berliner Klin. Wochenschrift 1886. N° 25.

KOSINSKI : *Medycyna*, 1888. N° 42.

KRESS : *Beitrag zu den Peritoneal-Tumoren.* Inaugural Dissertation, Erlangen 1888.

* KÜSTER : *Ein chirurgisches Triennium 1876-1878*, Berlin 1882.

LANDAU : *Extirpation einer mesenterialen Cyste.* Berliner Klin. Wochenschrift 1887, p. 449.

LAWSON Tait : *Quatre cas de kystes du mésentère opérés avec succès in thèse Augagneur.* Voir aussi le *traité des maladies des ovaires* du même auteur.

Le DENTU : *Bulletin de la Société Anatomique* 1876.

LOHLEIN : *Opération einer Mesenterialcyste* Berliner Klin. Wochenschrift 1889. N° 25.

MENDÈS de LÉON : *Een Geval van Chylus. Cyste.* Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaekologie 1890.

2^e Jaargang. Afleraving 2.

Voir aussi *American Journal of Obstetrics*, vol. XXIV. p. 168, 1891.

MILLARD et TILLAUX *Kyste du mésentère chez l'homme. Ablation par la gastrotomie. Guérison.* Bulletin de l'Académie de Médecine, Séance du 17 août 1880.

MILLARD et TILLAUX : *Kyste du mésentère.* Ponction simple du kyste. Guérison. in thèse de Collet p, 59.

NOTTA : *Du Mésentère.* Déductions chirurgicales. *Union médicale* 1883. N° 61.

PÉAN : *Trois cas de kystes du mésentère in diagnostic et traitement de tumeurs de l'abdomen et du bassin*, t. I. p. 1110, 1880.

PRZEWOSKI : *Torbiele pozaotrzewnowe.* *Gazeta Lekarska* 1889.

QUÉNU : *Kystes du mésentère.* *Traité de Chirurgie* tome VIII p. 168.

RAMONET : *Kyste migrateur sous-péritonéal à contenu lactescent granulo-grasieux.* *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie, etc.* 1878

RASCH : *Chylous Ghst of the Mesentery.* *Transactions of the Obstetrical. Society of London.* 6 november 1889.

ROKITANSKY: 1° *Medicinische Jahrbücher des K. K. Österreichischen Staates*. Band 17 Wien 1835. 2° *Lehrbuch der path. Anatomie*, II, page 388. idem. 3. Auflage, 2 Theil pag. 395.

ROTH: *Ein Fall von Lymphangioma cysticum des Mesenterum*, Inaugural. Dissertation, Zurich 1880.

RUBESKA: *Ein durch Extirpation geheilter Fall von Mesenterialcyste*. *Centralblatt für Gynäkologie* 1889, n° 49.

SABOURIN: *Adeno-lymphocèle du Mésentère*. *Bulletin de la Soc. anat.* Avril 1876.

SCHMID (Hans): *Diagnostik der Abdominaltumoren* *Centralblatt für Chirurgie*. N° 1 page 17.

SOLMAN: *Przyczynek do Kazuistyki torbieli Krezkowych*. *Gazeta Lekarska*, Warszawa 1899, n° 1.

SPENCER-WELLS: 1° *Diagnostic et Traitement chirurgical des tumeurs abdominales*. Traduction de Keser, 1880 p. 373. 2° *Note on mesenteric and omental cysts*. *British med. Journal*. London 1890 page 1361.

3° *Note on mesenteric cysts and tumeurs* *British Med. Journal* 9 décembre 1887, t. II.

TERRILLON: 1° *Trois cas de kyste séreux du mésentaire traité par la laparotomie et le drainage*. Communication faite à la Société de Chirurgie le 20 mai, 1891.

2° *Leçons de clinique chirurgicale*. Paris 1889.

TROMBETTA: 1° *Cisti del Mesenterio*. Comunicazione fatta alla V. Adunanza della Soc. ital. di Chirurgia. Napoli 1888.

2° *Alcuni casi di Chirurgia addominale*. Comunicazione fatta alla VIII adunanza della Soc. ital. di Chirurgia in Roma 1891.

TOUSSAINT: *Ueber primäre Mesentérial-und Netztumoren* Würzburg 1889.

TUFFIER: *Kyste chyleux du Mésentère*. Extirpation guérison. (Observation inédite).

VIRCHOW: 1° *Die Krankhaften Geschwülste*, 1863, Band I, p. 394.

2° *Berliner klin. Wochenschrift*. 1887, n° 14.

WERTH: *Extirpation einer Cyste des Mesenterium ilei*. *Archiv, für Gynäkologie*. Band. XIX. pag. 321.

WEICHELBAUM: *Chylangioma cavernosum des Mesenterium*. *Virchow's*

Archiv für path. Physiol. und für Klin. Médecine. Band LXIV Heft 2, pag. 145.

WINIWARTER (VON): 1° *Chylangioma cavernosum. Mittheilungen aus dem Rudolfs-Spital in Wien.* 1877. *Jahresbericht II.* pag. 321.

2° *Medico-chirurg. Centralblatt. Wien.* 1879.

3° Voir Fraipont.

ZERNSDORF: *Ueber die Tumoren des Mesenteriums und des Netzes.* Dissertation, jena. 1880.

